ONDA VERDE

Criar futuros
Maré, território de cuidados

redes da maré

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:

O QUE DIZEM AS MULHERES DA MARÉ

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:

O QUE DIZEM AS MULHERES DA MARÉ

2ª edição revisada

redes da maré
Casa das Mulheres da Maré
ONDA VERDE

COORDENAÇÃO
Julia Gonçalves Leal

PESQUISADORA PRINCIPAL
Carla de Castro Gomes

ASSISTENTE DE PESQUISA
Brenda Vitória Pacífico Pinto

ANALISTAS DE INCIDÊNCIA POLÍTICA
Milena Afonso dos Santos e Moniza Rizinni Ansari

MOBILIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO
Andreza Dionísio e Angélica Lopes

CONSULTORIA METODOLÓGICA E ANÁLISE DE DADOS
Luciana Brito (Anis - Instituto de Bioética)

COLABORADORAS
Andrea Blum, Andrea Moraes, Andrezza de Paulo,
Maïra Gabriel Anhorn e Myllenne Fortunato

PROJETO GRÁFICO
Amapola Rios

REVISÃO
Sol Mendonça

Rio de Janeiro, outubro de 2024

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: O PROJETO *ONDA VERDE* E A PESQUISA 7

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA 11

METODOLOGIA 13

3.1 Fase quantitativa: aplicação domiciliar de dois questionários 15

3.2 Fase qualitativa: rodas de conversas e entrevistas individuais semiestruturadas 16

MARCOS POLÍTICO-CONCEITUAIS 24

4.1 Justiça Reprodutiva 24

4.2 Direito ao planejamento reprodutivo 25

4.3 Direito à maternidade 27

4.4 Direito ao aborto 28

4.5 Direito ao cuidado 32

ABORTO E SAÚDE NA MARÉ EM NÚMEROS 36

5.1 Perfil da amostra 36

5.2 Maternidade 36

5.3 Saúde ginecológica 37

5.4 Desafios no acesso à saúde 37

5.5 Aborto 37

ANÁLISES QUALITATIVAS SOBRE DIREITOS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA MARÉ 41

6.1 Perfil das interlocutoras 41

6.2 "Parece que estão fazendo um favor pra gente": acesso à saúde e qualidade dos serviços 42

6.3 "Preferem fazer um pré-natal do que um preventivo": acesso a cuidados ginecológicos e práticas contraceptivas 45

6.4 "Uma sequência de catástrofes": gestações, pré-natais e partos na Maré 51

6.5 "Foi um momento de muita vulnerabilidade": entre abortos e expectativas de maternidades 57

6.6 "Parece que você perde a sua autonomia": maternidade e cuidado 60

CONCLUSÕES 65

RECOMENDAÇÕES À AGENDA DE POLÍTICAS PÚBLICAS 68

AGRADECIMENTOS 71

REFERÊNCIAS 73

ANEXOS 77

1

INTRODUÇÃO: O PROJETO *ONDA VERDE* E A PESQUISA

Este relatório apresenta os resultados de uma pesquisa inédita sobre a saúde sexual e reprodutiva na Maré, o maior conjunto de favelas do Rio de Janeiro, onde habitam cerca de 140 mil pessoas (Redes da Maré, 2019). O estudo foi realizado no escopo do projeto *Onda Verde*, da Casa das Mulheres da Maré, um equipamento da Redes da Maré onde são desenvolvidos projetos específicos para mulheres, pessoas transgênero e pessoas não binárias.

A **Redes da Maré** é uma organização da sociedade civil de base comunitária que atua no conjunto de favelas da Maré com o objetivo de promover o desenvolvimento social, cultural e político comunitário. Embora tenha sido fundada com esse nome em 2007, é fruto de um trabalho organizado desde a década de 1980. Os projetos desenvolvidos visam ampliar o acesso a direitos básicos, como educação, saúde, segurança, cultura e geração de renda, sempre com foco no fortalecimento da cidadania dos moradores. A Redes da Maré trabalha de forma colaborativa com lideranças locais, instituições públicas e privadas e outras organizações da sociedade civil para garantir que os moradores e as moradoras da Maré sejam protagonistas na construção de soluções para os desafios enfrentados no território. Nesse sentido, o fim último da organização é provocar politicamente a formulação de políticas públicas a partir do fortalecimento de narrativas e experiências locais. Ou seja, criar pontes e tecer redes para que as moradoras e os moradores da Maré informem à construção das políticas e as tornem mais efetivas a partir da realidade concreta.

A **Casa das Mulheres da Maré** é um equipamento da Redes da Maré voltado para a promoção dos direitos e do protagonismo de mulheres cis e trans que moram no conjunto de favelas da Maré. Inaugurada em 2016, a Casa se posiciona como um espaço de acolhimento e fortalecimento, produzindo um conjunto de ações, como atendimentos psicossociais e sociojurídicos, qualificação profissional, aulas de alfabetização para mulheres adultas, iniciativas de arte e cultura. Além disso, a Casa das Mulheres se tornou um importante polo de articulação para a discussão e a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres da Maré, atuando diretamente em iniciativas que buscam

garantir acesso à saúde integral, com foco na Justiça Reprodutiva, e combatendo as diversas formas de violência de gênero presentes no território.

O projeto *Onda Verde*, que circunscreve esta pesquisa, tem como principal objetivo a descriminalização e legalização do aborto no Brasil, na América Latina e no Caribe, e é executado por diversas instituições em diferentes países da região. Com isso, a Redes da Maré está integrada a uma rede latinoamericana de ativismo feminista a partir da luta por direitos sexuais e reprodutivos. **Nesta rede, somos a única organização de base comunitária, localizada em uma favela, com o desafio de abordar um tema sensível como o aborto neste contexto.**

O nome "Onda Verde" foi inspirado na campanha de mulheres pela legalização e segurança do aborto na Argentina em 2018, durante o período de votação do projeto para revisar a lei do aborto do país, de 1921. Milhares de meninas e adolescentes ocupavam as ruas com um lenço verde no corpo, que simbolizava a ancestralidade na história política das mulheres na Argentina. O aborto só foi legalizado na Argentina em 2020 e, desde então, o movimento da "onda verde" veio influenciando outros países da América Latina.

Na Redes da Maré o projeto *Onda Verde* busca fortalecer as condições de acesso e efetividade de direitos sexuais e reprodutivos, inclusive o direito ao aborto previsto em lei, na Maré, por mulheres e pessoas que gestam. Um dos principais pressupostos para abordar o tema do aborto em um contexto de favela foi integrá-lo a uma discussão mais ampla sobre Justiça Reprodutiva que associa direitos sexuais e reprodutivos à justiça social, com uma perspectiva interseccional que reconheça as múltiplas dimensões de opressão enfrentadas por mulheres em territórios periféricos.

O projeto possui diversas frentes de atuação, que foram pensadas e ajustadas a partir de experiências anteriores na Casa das Mulheres da Maré e da metodologia da Redes da Maré. Com atividades de mobilização territorial, serviços de acolhimento, pesquisa e incidência política, o projeto busca desenvolver ações diretas, produzir conhecimento, disseminar informações e construir estratégias para qualificar políticas públicas e serviços de saúde locais, a partir das experiências concretas de mulheres na Maré. As ações do projeto incluem atividades com mulheres mobilizadas pelos serviços e projetos da Casa das Mulheres da Maré para orientar as pautas e prioridades do projeto a partir de suas experiências e demandas específicas, muitas vezes atravessadas por barreiras estruturais que limitam o acesso a cuidados de saúde de qualidade. Por isso, também faz parte do desenho do projeto o diálogo com profissionais da saúde e da educação, que atuam na Maré para identificar as lacunas institucionais e de infraestrutura que eles enfrentam.

É com o intuito de identificar estas experiências, demandas e lacunas que foi idealizada a pesquisa *Saúde sexual e reprodutiva: o que dizem as mulheres da Maré*. O estudo foi dividido em duas fases metodológicas. A primeira, quantitativa, foi realizada a partir de transferência metodológica da **Pesquisa Nacional do Aborto (PNA)**, realizada pela *Anis – Instituto de Bioética*, instituição com a qual, desde o início do projeto, a Casa das Mulheres da Maré vem consolidando parcerias, e que faz parte da rede de instituições que compõem internacionalmente o *Onda Verde*. A coleta de dados, assim como ocorreu na PNA, foi conduzida pelo IPEC – Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica, com o apoio fundamental da equipe da Redes da Maré, que facilitou o acesso ao território e ajudou a fortalecer a confiança das participantes. Já a fase qualitativa, essa totalmente original e baseada em metodologias de pesquisas desenvolvidas pela Redes da Maré ao longo de anos de experiência, contou com abordagens individuais e coletivas que atribuem

às mulheres participantes um papel ativo de interlocutoras nos caminhos investigativos, para além de "informantes".

Os resultados revelam um panorama preocupante, marcado por dificuldades no acesso a métodos contraceptivos e cuidados ginecológicos, assim como pelas consequências da criminalização do aborto. A pesquisa encontrou uma alta incidência de barreiras ao aborto entre as mulheres da Maré, muitas das quais enfrentam múltiplos processos de vulnerabilização, como pobreza, violência e discriminação racial. A pesquisa revela que essas dificuldades vão além das questões individuais e se enraízam em injustiças sociais e raciais amplamente perpetuadas. Com sua perspectiva interseccional e de Justiça Reprodutiva, o estudo contrapõe paradigmas morais que responsabilizam as mulheres, especialmente aquelas em situação de pobreza, classificando-as como "descuidadas" em relação ao planejamento reprodutivo. Os resultados revelam um sistema de saúde sistematicamente negligente, que falha em garantir acesso pleno a cuidados adequados, resultando em gestações inesperadas, violência obstétrica e dificuldades para exercer sua autonomia reprodutiva.

Neste relatório, reforçamos a necessidade de políticas públicas urgentes e específicas que levem em conta as vivências locais para promover a equidade no acesso à saúde sexual e reprodutiva. A pesquisa tem o potencial não apenas de subsidiar debates comunitários e intervenções políticas, mas também de servir como base para a criação de políticas públicas mais inclusivas e eficazes, que garantam Justiça Reprodutiva e dignidade às meninas, mulheres e pessoas que gestam da Maré e de outras periferias do Brasil.

Trata-se de uma proposta de construção de incidência política baseada em evidências, entendendo o papel fundamental de organizações da sociedade civil no fortalecimento e na promoção dos direitos das mulheres, informando ao Estado possibilidades de estratégias para a construção de políticas mais inclusivas a partir da realidade concreta que buscam transformar. O movimento de mulheres no Brasil, por exemplo, tem uma longa tradição de articulação política que transcende o ativismo convencional, gerando ações diretas de incidência política em diversas frentes, como saúde reprodutiva, enfrentamento às violências e promoção da igualdade de gênero.

Além disso, no Brasil, o terceiro setor se destaca ao articular atores locais, nacionais e internacionais em suas agendas, estabelecendo redes de colaboração que promovem tanto a formulação quanto a fiscalização de políticas públicas. A atuação política dessas organizações muitas vezes alcança a proposição de legislações e ações afirmativas, além de influenciar decisões judiciais. Alguns feminismos, como o feminismo favelado (Jorge, 2020) presente em muitas dessas instituições, é um exemplo de como o Brasil lidera práticas de resistência articuladas com movimentos de base, frequentemente com maior penetração e impacto nas comunidades locais em comparação a experiências em outros países. Assim, ao promover a organização política de mulheres, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, essas organizações criam novas dinâmicas de poder e transformam suas realidades.

Especialmente em contextos de favelas e periferias, por diversas vezes, as organizações da sociedade civil funcionam como catalisadoras das tecnologias sociais desenvolvidas pelos territórios. Nesse sentido, a pesquisa aqui apresentada é uma expressão da produção de conhecimento a partir dos territórios que compõem a favela da Maré com sua riqueza de especificidades, ao mesmo tempo em que é um dispositivo que formula uma metodologia singular para pensar mecanismos de intervenção em Justiça Reprodutiva, além da grande potencialidade

de funcionar como um disparador do debate público sobre o tema, representando uma real possibilidade de produção de contranarrativas e protagonismo favelado.

A Redes da Maré, organização da sociedade civil de base comunitária, tem papel central na mediação desses processos, na pavimentação de caminhos para o desenvolvimento da agenda e no compromisso de caminhar em conjunto com a base, vocalizando as narrativas e demandas das mulheres faveladas e periféricas, sistematizando o conjunto de tecnologias que o território produz, para criar espaços e instrumentos efetivos de intervenção junto ao Estado, e em parceria com outras organizações do terceiro setor. Com isso, destaca as experiências de mulheres moradoras de favelas para a articulação política, para que elas possam liderar debates sobre suas próprias realidades.

Ao valorizar o conhecimento produzido no território, a Redes da Maré fortalece a auto-organização das mulheres em um contexto de múltiplas vulnerabilidades, criando pontes entre as demandas locais e as políticas públicas, ao mesmo tempo em que desafia as narrativas dominantes sobre as favelas. Este é o propósito deste relatório de pesquisa.

2

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

O projeto *Onda Verde* nasceu a partir do acúmulo de experiências anteriores na Casa das Mulheres da Maré (CdMM), um equipamento da Redes da Maré que busca fomentar o protagonismo e desenvolver projetos para mulheres cis e trans.

Em 2020, a CdMM identificou uma grande demanda por métodos contraceptivos de longa duração entre as moradoras do território, que relataram dificuldades de acesso ao Dispositivo Intrauterino (DIU) nas unidades básicas de saúde do conjunto de favelas da Maré. Por outro lado, os profissionais das unidades de saúde relatavam que não recebiam capacitação para inserção do DIU durante suas formações e trajetórias profissionais, o que resultava em um número insuficiente de médicos qualificados para realizar o procedimento.

Em parceria com a organização Nosso Instituto, a Casa das Mulheres desenvolveu, então, o *projeto Maréas*, cujo objetivo foi articular demanda e oferta de DIU no Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo informação qualificada sobre métodos contraceptivos e a colocação de DIU para aquelas que o solicitassem. Além disso, o projeto realizou formação sobre colocação do dispositivo para médicos que trabalham nas unidades básicas de saúde da Maré, convidando também profissionais que atuavam em unidades de regiões adjacentes para participar. Entre 2020 e 2024, mais de 1.200 mulheres se inscreveram e 587 colocaram o DIU após receberem as informações.

Somente no ano de 2023, foram 235 inscritas. Um levantamento sobre este grupo (Redes da Maré, 2024) mostrou que 70% eram negras e a maioria tinha entre 20 e 30 anos. Entre as inscritas, 15% (ou uma em cada seis) já fizeram pelo menos um aborto. 29% reconheceram ter sido violentadas, dentre as quais 43% sofreram violência sexual; 40%, violência física; e 16%, psicológica. Somente 0,43% afirmaram conhecer o DIU. 41% já tentaram acessar algum método contraceptivo no SUS. Dentre essas mulheres, 33% nunca conseguiram acessar o método desejado e 36% conseguiram às vezes.

Esses dados exploratórios do projeto *Maréas* reiteraram que a vida reprodutiva das mulheres é atravessada por desigualdades de raça, classe e território, e que as escolhas reprodutivas das moradoras da Maré dependem do acesso a direitos básicos que são sistematicamente negados.

Ademais, esta experiência evidenciou a urgência de se conhecer mais a fundo as necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mulheres mareenses e as barreiras de acesso que enfrentam quando buscam cuidados na rede pública de saúde. Destacamos a importância de produzir conhecimento sobre as práticas e as políticas reprodutivas nas favelas, considerando as especificidades desses territórios e a escassez de dados sistemáticos sobre eles.

Assim, partindo dessas demandas, foi criado o projeto *Onda Verde*, com o objetivo de contribuir na qualificação de políticas reprodutivas a partir das perspectivas das moradoras de favelas e periferias. Tomando como base a perspectiva estratégica da Justiça Reprodutiva, que considera os direitos sexuais e reprodutivos mutuamente imbricados à justiça social, o projeto *Onda Verde* tem três frentes de atuação: fortalecer o debate público sobre direitos sexuais e reprodutivos na favela; ampliar a atuação em rede para a defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSDR) na Maré; e aumentar a influência sobre os tomadores de decisão na pauta dos DSDR. A primeira frente de atuação incluiu a realização da pesquisa *Saúde sexual e reprodutiva na Maré*, cujos principais resultados são apresentados neste relatório.

A pesquisa *Saúde sexual e reprodutiva na Maré* foi realizada entre março de 2023 e setembro de 2024, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 70950023.8.0000.5540, parecer nº 6.263.835). Seu objetivo principal é compreender as condições da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e pessoas com capacidade de gestar* no conjunto de favelas da Maré, a fim de subsidiar políticas públicas que apoiem o exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSDR) das moradoras de favelas. Além da contracepção e aborto, o projeto investiga também as condições, práticas e políticas que conformam a maternidade e o cuidado dos filhos entre as moradoras, buscando incidir politicamente sobre elas a partir da promoção de Justiça Reprodutiva. Assim, o estudo apresenta dados sobre a prática de aborto no território e mapeia o acesso a políticas públicas de saúde e reprodução da vida, como consultas ginecológicas, métodos contraceptivos e assistência em planejamento reprodutivo, pré-natal, gestação e parto, creches, escolas e segurança pública. Esperamos que os resultados encontrados possam subsidiar o debate comunitário sobre DSDR e promover Justiça Reprodutiva.

* Os termos “pessoas que gestam”, “pessoas com capacidade de gestar” e “pessoas com útero” têm sido utilizados por movimentos de luta pela legalização do aborto para designar homens trans, pessoas transmasculinas, não binárias e com outras identidades de gênero como sujeitos/as de direitos reprodutivos, assim como as mulheres cis.

3

METODOLOGIA

A pesquisa foi organizada em duas fases metodológicas. A primeira é um estudo quantitativo sobre o fenômeno do aborto entre mulheres alfabetizadas de 18 a 39 anos moradoras das 15 favelas que compõem a Maré e a favela de Marcílio Dias, que tem uma proximidade histórica com os movimentos e lutas do conjunto da Maré. Nesta frente, o objetivo foi traçar a magnitude do aborto no território e suas características socioeconômicas, com o uso das técnicas de urna secreta e de entrevistas estruturadas face a face, replicando a metodologia utilizada na *Pesquisa Nacional do Aborto* (PNA) (Diniz *et al*, 2010, 2016, 2023).

A segunda fase, de caráter qualitativo, consistiu na realização de rodas de conversa e entrevistas individuais semiestruturadas com mulheres e pessoas com capacidade de gestar maiores de 18 anos e moradoras da Maré. O objetivo dessa etapa foi compreender suas práticas de cuidado em saúde sexual e reprodutiva e conhecer a estrutura das políticas públicas correlatas a que têm (ou não) acesso.

Uma outra etapa importante no processo metodológico desta pesquisa foram as reuniões de supervisão realizadas com a equipe do projeto *Onda Verde*, durante as duas fases da pesquisa. Nessas reuniões, que ocorriam uma vez por semana, conversamos sobre os principais pontos compartilhados pelas interlocutoras durante as conversas, bem como as dificuldades que a equipe de campo sentiu ao abordar determinados temas que ainda são considerados um tabu na sociedade. Esse processo de reflexão coletiva permitiu que a equipe identificasse quais perguntas estavam funcionando bem, quais temas poderiam ser aprofundados nas conversas e quais perguntas poderiam ser adaptadas, garantindo que as entrevistas não apenas coletassem dados, mas também facilitassem o compartilhamento de experiências de forma fluida e cuidadosa.

Além disso, esses momentos ajudaram a delinear quais perfis precisavam ser mobilizados para as entrevistas posteriores e rodas de conversa, assegurando à pesquisa uma pluralidade de vivências. Ademais, as reuniões também serviram como um espaço de acolhimento para a própria equipe, que se viu impactada pelas vivências sensíveis que surgiram durante as entrevistas. Assim, esses encontros acabaram se tornando um elemento central tanto na condução da pesquisa quanto no cuidado da equipe.

A metodologia de mobilização de moradoras para a participação na pesquisa foi centrada em conversas informais, nas quais as mobilizadoras iniciavam diálogos com mulheres do

território para abordar temas sensíveis, como o acesso aos serviços de saúde e, especificamente, o aborto. O aborto, embora seja uma experiência comum no contexto das mulheres do território, devido à criminalização e à falta de cumprimento dos direitos reprodutivos já existentes, é um tema tabu. Portanto, era necessário criar um espaço de confiança para que as mulheres se sentissem à vontade para compartilhar suas vivências. A mobilização se baseou no estabelecimento de intimidade e segurança, pois sem isso, muitas mulheres não estariam dispostas a expor suas histórias ou a de outras mulheres que conheciam. É importante destacar que as duas mobilizadoras da pesquisa são também moradoras da Maré, e que trabalham na Casa das Mulheres da Maré. Essa combinação acaba por reunir nessas figuras um olhar sensível e apurado em relação à complexidade do processo de mobilização de mulheres para falarem sobre suas vidas reprodutivas e outras questões de gênero, em especial sobre as experiências de seus corpos na favela, muitas vezes compartilhadas a partir do território.

Ao fazer o convite para a entrevista, as mobilizadoras elencavam os objetivos da pesquisa e destacavam a coordenação da Redes da Maré, o que trazia confiabilidade. Foi importante tirar dúvidas, agendar entrevistas de forma flexível e, em alguns casos, ir pessoalmente às casas das mulheres que não tinham acesso à internet ou a telefone. As mobilizadoras procuraram garantir a diversidade das entrevistadas, assegurando a participação de mulheres com diferentes perfis raciais, etários e religiosos, além de focar na representatividade das várias favelas da região da Maré. Entretanto, mobilizar mulheres de áreas específicas, como o Piscinão de Ramos, foi um desafio, já que muitas declinavam da participação ao saber mais sobre a pesquisa e os locais de realização dos encontros, distantes do Piscinão.

Entre as principais dificuldades estava a escassez de tempo, especialmente para mulheres que enfrentavam múltiplas jornadas de trabalho, muitas delas mães solo. Para contornar isso, as entrevistas e rodas de conversa foram agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes, inclusive à noite e aos sábados, e realizadas em locais mais próximos às residências, como na sede da Redes da Maré, na Vila dos Pinheiros. Além disso, durante as entrevistas, foi oferecida a possibilidade de pausas ou interrupções a qualquer momento, respeitando-se o tempo e o conforto emocional das entrevistadas. A equipe também criou espaços dedicados às crianças, quando necessário, para permitir que as mães pudessem focar na entrevista sem as demandas contínuas de cuidado.

Um desafio adicional foi a mobilização de mulheres não alfabetizadas ou com baixa escolaridade. Muitas delas mostraram interesse inicial, mas recuaram ao ouvir a palavra “entrevista”, o que pode estar relacionado a experiências anteriores que geraram desconfiança. Reflexões posteriores indicaram que começar com rodas de conversa com essas mulheres, em vez de entrevistas formais, poderia ter facilitado a mobilização, já que esse formato seria mais familiar e acessível. Além disso, houve tentativas de adaptar a comunicação com essas mulheres, utilizando linguagem simples e conversas por áudio, mas, ainda assim, a mobilização foi limitada.

Por fim, as interrupções do trabalho devido às operações policiais nas favelas foram outra grande barreira. A retomada da mobilização após essas operações exigia um recomeço constante do trabalho, algo intrinsecamente ligado à realidade de quem vive e trabalha em favelas. Mesmo com todas essas adversidades, as mobilizadoras criaram estratégias de acompanhamento pós-entrevista, como ouvir o retorno das participantes e oferecer encaminhamentos para serviços de apoio, como atendimento psicológico, numa ação de cuidado e reciprocidade com as interlocutoras.

3.1 Fase quantitativa: aplicação domiciliar de dois questionários

Nesta fase foram realizadas 504 entrevistas nas favelas da Maré entre os dias 28 de setembro e 6 de outubro de 2023. A amostra da pesquisa foi representativa do universo pesquisado, selecionada em dois estágios. No primeiro estágio, foram selecionados, probabilisticamente através do método PPT (Probabilidade Proporcional ao Tamanho), os setores censitários pesquisados dentro da área de interesse, tomando como base a população de mulheres cisgênero, alfabetizadas, com idade entre 18 e 39 anos e residentes nesses setores.

No segundo estágio, fez-se a seleção da entrevistada em cada conglomerado e foram utilizadas cotas de controles das seguintes variáveis: idade e grau de instrução, tendo como referência o Censo da Maré; e a condição de ocupação (ocupada ou não ocupada), que teve um controle não rígido, estabelecido com base nos dados mais atualizados do IBGE e da PNADC. O nível de confiança estimado foi de 95%, assim, a margem de erro máxima estimada no estudo foi de 4 (quatro) pontos percentuais para mais ou para menos sobre os resultados encontrados no total da amostra e, por ser uma amostra proporcional ao universo pesquisado, não houve necessidade de ponderação dos resultados.

As 504 mulheres, com idades entre 18 e 39 anos e alfabetizadas, responderam a dois questionários, um autopreenchido em papel, que foi depositado em urna (técnica de urna secreta), e outro aplicado por uma entrevistadora mulher. Ambos os questionários possuíam códigos alfanuméricos aleatórios para possibilitar o seu pareamento sem a identificação das participantes.

O questionário da urna, lido e preenchido apenas pela entrevistada, confirmou a idade exata e perguntou se a mulher já havia realizado algum aborto; em caso afirmativo, perguntou com que idade foi o último aborto; se houve a utilização de algum medicamento e se houve necessidade de internação em função desse aborto. Essa abordagem metodológica visa assegurar o sigilo das respostas e a fidedignidade das mesmas, já que se trata de uma questão criminalizada e socialmente estigmatizante. A técnica da urna secreta demanda que as entrevistadas sejam alfabetizadas, o que exclui da amostra pessoas sem escolaridade ou que não saibam ler.

Em relação ao questionário aplicado pela entrevistadora, as questões eram sobre faixa etária, escolaridade, condição de ocupação laboral, condições de acesso ao ginecologista e à rede básica de saúde, situação conjugal, fecundidade, tamanho da família, religião e renda familiar. As respostas deste questionário foram registradas em um formulário eletrônico em um tablet, operado pela entrevistadora. Ao parear os códigos do questionário da urna e do tablet, foi possível cruzar as informações sobre o perfil socioeconômico e a ocorrência de abortos entre as respondentes, sem necessidade de identificá-las.

Esta metodologia quantitativa de questionários combinados replica aquela já testada e utilizada nas três edições da Pesquisa Nacional do Aborto - PNA (Diniz *et al* 2010, 2016 e 2023), que ganhou, em 2012, o prêmio *Fred L. Soper*, por excelência em literatura de saúde pública, oferecido pela Organização Panamericana de Saúde. Toda a fase quantitativa foi supervisionada pelas idealizadoras da PNA, assegurando a transferência de conhecimentos para a equipe da Maré, e a adequação e confiabilidade do método. A aplicação da mesma metodologia permite estabelecer bases comparativas entre os dados das PNA nacionais e o estudo na Maré.

A coleta de dados da pesquisa domiciliar foi executada pelo IPEC - Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica, instituição com vasta experiência neste tipo de metodologia, entre 28 de setembro e 9 de outubro

de 2023. Embora tivessem experiência com pesquisa de campo em favelas, as pesquisadoras contratadas não eram moradoras da Maré, uma estratégia para tentar reduzir os impactos morais da aproximação ao tema do aborto e preservar o anonimato das entrevistadas. A equipe da Casa das Mulheres apoiou as entrevistadoras do IPEC no território, informando às associações de moradores sobre a realização da pesquisa, auxiliando as entrevistadoras no deslocamento pelo território e orientando sobre formas de abordagem nas residências. Percebemos, por exemplo, que mencionar o nome da Redes da Maré/Casa das Mulheres da Maré como promotora da pesquisa gerava maior confiança nas moradoras para a aproximação das entrevistadoras. Pela mesma razão, as urnas secretas para depósito do questionário foram identificadas com adesivo da Redes da Maré.

Semanas antes do início da aplicação dos questionários da pesquisa, a Maré passou por sucessivas operações policiais, o que levou a equipe da Casa das Mulheres a considerar esse fato como um possível obstáculo para o andamento da pesquisa. Algumas pesquisadoras do IPEC expressaram receio em fazer as visitas domiciliares devido à instabilidade do território e acabaram saindo do projeto, resultando em uma diminuição da equipe de campo. Houve análise de risco e protocolos de segurança foram desenvolvidos, considerando possíveis imprevistos. Entretanto, ao longo da aplicação da pesquisa, não houve intercorrência que afetasse seu andamento.

3.2 Fase qualitativa: rodas de conversas e entrevistas individuais semiestruturadas

Na fase qualitativa, foram realizadas 21 entrevistas individuais semiestruturadas com 19 mulheres cisgênero, um homem trans e uma pessoa não binária, residentes das diferentes favelas da Maré, e maiores de 18 anos. Além disso, houve três rodas de conversas, com um total de 13 mulheres cisgênero, com idades entre 20 e 59 anos.

As entrevistas individuais semiestruturadas e as rodas de conversa aprofundaram dados que apareceram na fase quantitativa, como maternidade, aborto e acesso à saúde, além de estimular relatos sobre outras questões, como contracepção, gestação e parto, cuidado de filhos, familiares e cuidado de si. Assim, as participantes foram incentivadas a falar sobre as negociações entre seus projetos individuais, de maternidade e conjugalidade; as estratégias para engravidar e para evitar gestações; os arranjos individuais e coletivos para o cuidado de si e de suas famílias; e a qualidade de acesso às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, como consultas ginecológicas; métodos contraceptivos e assistência em planejamento reprodutivo; pré-natal, gestação e parto; aborto previsto em lei e aborto ilegal; acesso a creches e oportunidades de educação para crianças, adolescentes e adultas, inclusive mães; e impactos das políticas de segurança pública no trabalho reprodutivo e na saúde das mulheres.

As rodas de conversa tiveram como foco estimular a reflexão coletiva sobre essas questões. Foram realizadas três rodas de conversas, totalizando 13 mulheres cisgênero. Todas eram heterossexuais, ainda que a orientação sexual não tivesse sido um critério para a seleção das participantes. Como as rodas dependiam da interação entre as participantes era necessário estabelecer um ambiente de conversa fluida entre as mulheres. Para isso, organizamos as rodas com perfis semelhantes de mulheres, definidos com base nos achados da fase quantitativa.

A primeira roda reuniu cinco mães jovens e negras. Elas tinham entre 20 e 28 anos, sendo três pretas e duas pardas. Seus filhos tinham entre seis meses e seis anos de idade. Esse grupo representa um perfil expressivo nos

resultados da fase quantitativa, o de mulheres que foram mães jovens e que poderiam aportar relatos sobre suas experiências reprodutivas, inclusive de abortos.

A segunda roda reuniu cinco mães de até 44 anos, sendo duas pardas, duas brancas e uma preta. Com filhos entre 7 e 20 anos de idade, esse grupo foi idealizado para explorar a vontade, o adiamento ou a pressão pela maternidade, a experiência com contraceptivos e a criação de filhos diante das demandas de trabalho produtivo.

Por fim, a terceira roda de conversa contou com três mulheres, todas avós e mães de filhos adultos. Elas tinham entre 49 e 59 anos, sendo uma branca, uma preta e uma parda. Essa última roda contemplou um perfil etário de mulheres que não estava incluído nem na fase quantitativa nem nas entrevistas individuais. Decidimos incluir esse perfil porque nos interessava saber sobre possíveis efeitos geracionais a respeito dos temas da saúde sexual e reprodutiva, da maternidade, da conjugalidade e do trabalho reprodutivo. Além disso, em algumas entrevistas individuais foram mencionadas as figuras das avós e sogras como importantes para o trabalho reprodutivo e, em alguns casos, como pessoas determinantes para o exercício da maternidade das mais jovens.

As participantes das entrevistas e das rodas não foram as mesmas pessoas, ou seja, quem participou das entrevistas não esteve nas rodas, e vice-versa. Todas as interlocutoras foram selecionadas pelas mobilizadoras da Casa das Mulheres da Maré, que possuem experiência prévia com mobilização comunitária. A partir da sua própria circulação no território como moradoras e em articulação com redes locais de profissionais de educação, saúde, lideranças comunitárias e organizações da sociedade civil, as mobilizadoras selecionaram as participantes de acordo com perfis socioeconômicos identificados como relevantes na fase quantitativa, como o número de filhos, idade, raça/cor e escolaridade.

As rodas e entrevistas foram registradas em áudio, sem a identificação do nome das participantes, e depois transcritos por empresa externa de outro estado do país, também para reforçar o anonimato das interlocutoras. As entrevistas e rodas foram realizadas na Casa das Mulheres (localizada no Parque União), na sede da Redes da Maré no Ciep Capanema (localizado na Vila dos Pinheiros) e no prédio central da Redes da Maré (localizado na Nova Holanda), para alcançar mulheres de diferentes localidades da Maré. Buscamos criar um ambiente receptivo em salas confortáveis, com ar-condicionado e lanche (no caso das rodas). Os horários dos encontros foram adaptados à disponibilidade das participantes, tendo ocorrido entrevistas e rodas em horário diurno, noturno e, também, aos sábados, para possibilitar a participação de pessoas com diferentes rotinas familiares e de trabalho.

Ao longo do processo de planejamento e execução das rodas e entrevistas, realizamos algumas adaptações com base em nossa experiência no território, para garantir a presença das participantes. Consideramos que as mulheres envolvidas nas rodas de conversas e nas entrevistas pudessem ser mães, irmãs ou responsáveis pelo cuidado de crianças pequenas. Com isso, criamos um espaço de recreação infantil, com brinquedos e materiais para colorir. Duas integrantes da equipe ficaram encarregadas de acompanhar as crianças nesse espaço durante a realização das rodas de conversas. Organizamos uma escala de trabalho para oferecer este suporte, quando necessário. Isso permitiu que as interlocutoras tivessem tranquilidade para relatar suas histórias, em meio à rotina agitada do dia a dia, enquanto seus filhos estavam em espaços seguros e sendo cuidados. Após os encontros, várias participantes relataram ter apreciado tanto a atenção às crianças como as conversas durante as entrevistas e rodas de conversas, percebidas também como momentos de acolhimento, troca, reflexão e cuidado de si.

Tanto nas entrevistas como nas rodas de conversa, as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, autorizando a gravação de voz. Além disso, elas foram informadas de que não haveria problema em não querer falar sobre algum dos temas propostos, ou desistir de participar em qualquer momento do processo. O mais importante para nós era criar um espaço seguro e acolhedor, onde elas se sentissem à vontade para compartilhar suas trajetórias reprodutivas.

Durante as conversas, as pesquisadoras informavam sobre os serviços oferecidos pela Redes da Maré e pela Casa das Mulheres, em especial o atendimento psicossocial, para o qual algumas das participantes foram encaminhadas a partir da identificação de demandas em seus relatos. Em um caso, a entrevistada tinha baixa audição, o que impactou sua compreensão das perguntas e demandou que a equipe recorresse à escrita em alguns momentos. Por fim, algumas entrevistas tiveram que ser reagendadas em virtude das várias operações policiais que ocorreram na Maré no primeiro semestre de 2024.

Todas as etapas da pesquisa, tanto a quantitativa quanto a qualitativa, adotaram a autodeclaração racial com base nas classificações estabelecidas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Na fase qualitativa, além das categorias raciais do padrão do IBGE, foi incluída a opção "outras", para contemplar identidades raciais diversas, como foi o caso de uma interlocutora que se autodeclarou "afroindígena".

Ambas as fases quantitativa e qualitativa garantiram o anonimato das participantes e o sigilo de seus dados. Não houve registro de dados que pudessem identificar as participantes (nome, apelido, endereço etc.). Em todo este texto, os nomes eventualmente utilizados são fictícios.

As limitações da parte qualitativa da pesquisa podem ser observadas nos seguintes aspectos:

- Não conseguimos informantes que nos relatassem experiências com aborto legal. O acesso ao aborto legal é muito restrito no Brasil. Apesar de ser previsto em casos de estupro, risco de vida da gestante e fetos anencefálicos, a efetivação do procedimento encontra barreiras muitas vezes intransponíveis. Casos dramáticos que ganharam a opinião pública envolvem crianças de até 14 anos, vítimas de estupro, que são obrigadas a levar a termo a gestação. Em nosso universo de entrevistadas, não encontramos relatos sobre busca de aborto legal. Por outro lado, a ocasião da entrevista também serviu para conversarmos com as entrevistadas sobre a situação do aborto no Brasil; os casos em que são legalizados, a oferta do serviço pelo SUS e a importância do debate sobre a descriminalização da prática.

- O perfil das pessoas que alcançamos na parte qualitativa da pesquisa apresenta uma visão mais afinada com a perspectiva de defesa de direitos, são pessoas mais inclinadas a problematizar a ausência de políticas públicas e menos propensas a ancorar suas escolhas reprodutivas em termos religiosos, mesmo aquelas que professam alguma religião. Esse viés na seleção das interlocutoras é oriundo da própria inserção da Redes da Maré no território. Ao se identificar como uma organização de defesa de direitos, a Redes da Maré tende a aproximar moradoras com uma visão mais crítica sobre o mundo e uma compreensão mais ampla sobre cidadania e direitos.

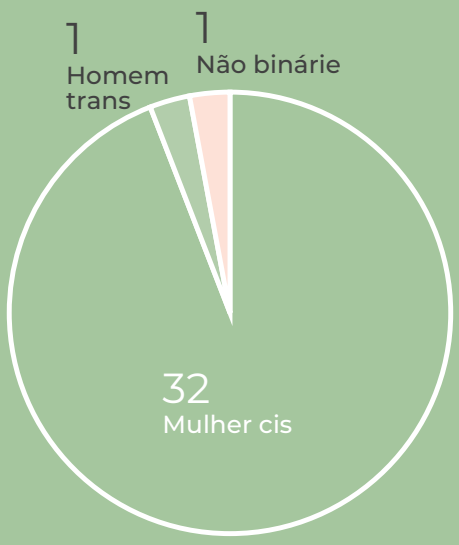
- Não foi possível abordar, na parte qualitativa, o tema da sexualidade. Nosso enfoque nas questões de saúde reprodutiva acabou não deixando muito tempo para explorar o tema do exercício da sexualidade propriamente dita. Questões como roteiro de iniciação sexual, práticas sexuais, prazer, consentimento e violência sexual ficaram de fora.

A busca por mapear os itinerários das mulheres nos serviços de saúde rendeu material sobre experiências negativas com profissionais de saúde, negligência, discriminações, violência obstétrica. Na parte quantitativa da pesquisa, houve a indicação de falta de confiança nos equipamentos de saúde pública como um obstáculo à ida ao serviço médico.

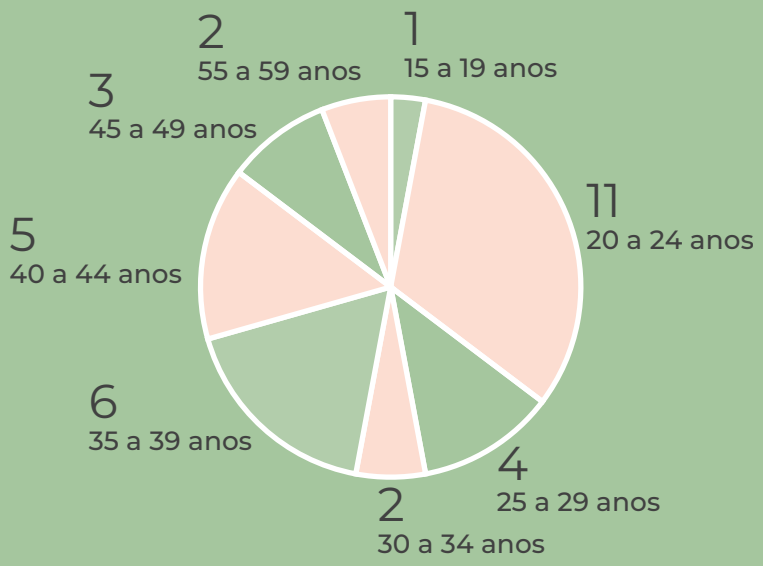
Embora experiências positivas também tenham aparecido, elas não são relatadas com a mesma riqueza de detalhes que observamos nos relatos negativos. Talvez este dado também fale da expectativa das informantes sobre o tipo de relato que a pesquisa pretendia alcançar.

Veja a seguir os gráficos das entrevistadas.

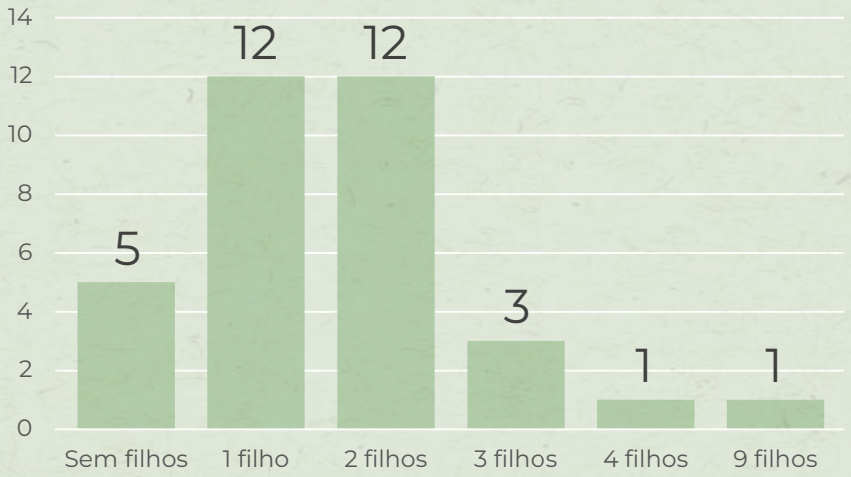
IDENTIDADE DE GÊNERO



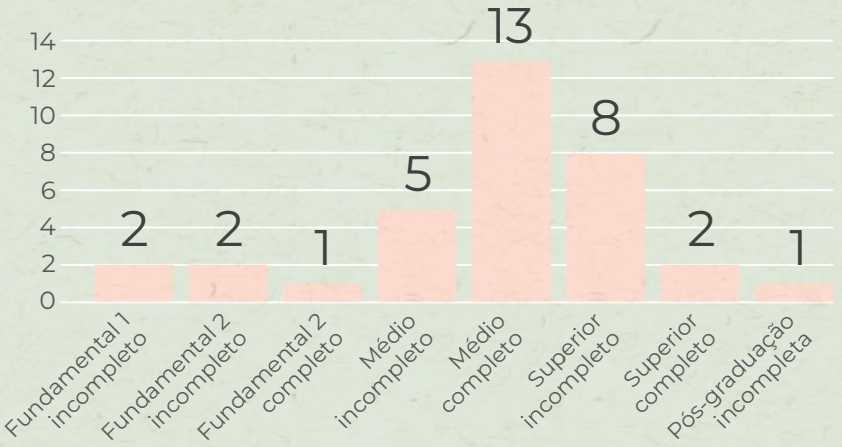
FAIXA ETÁRIA



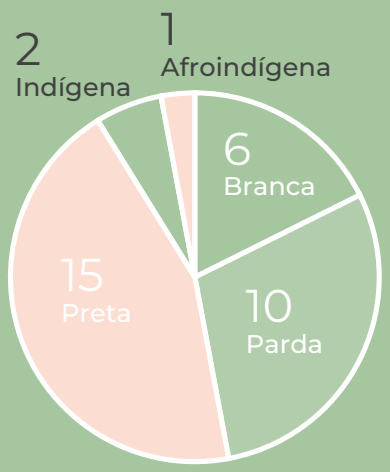
QUANTIDADE DE FILHOS



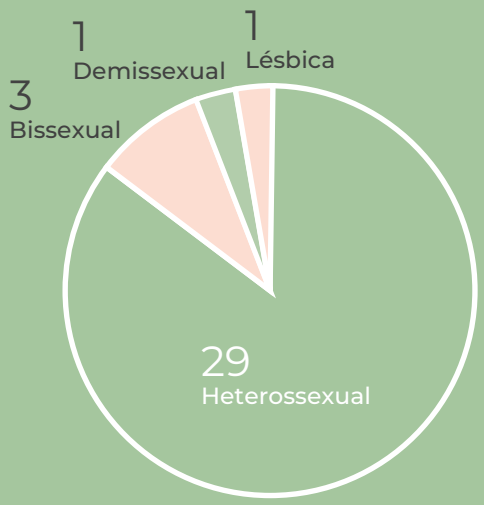
ESCOLARIDADE



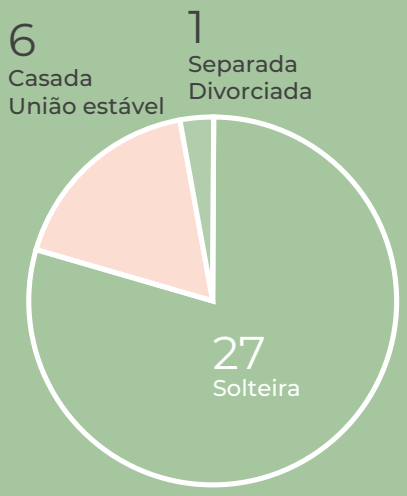
COR



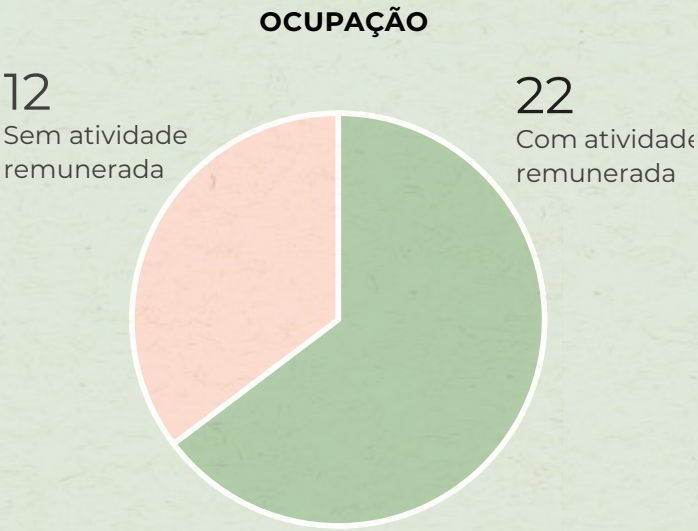
ORIENTAÇÃO SEXUAL



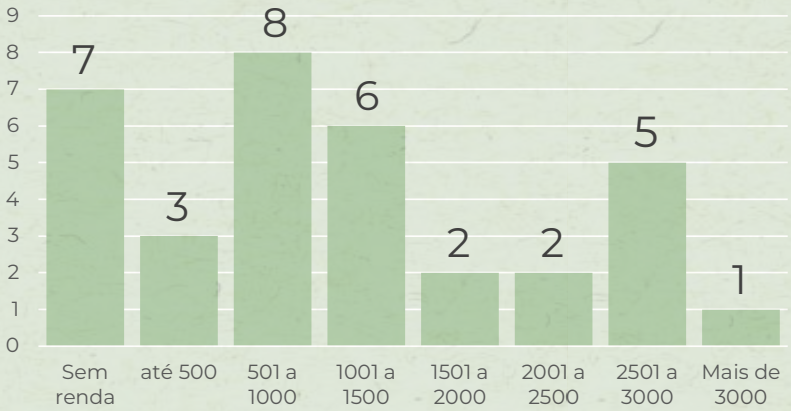
SITUAÇÃO CONJUGAL



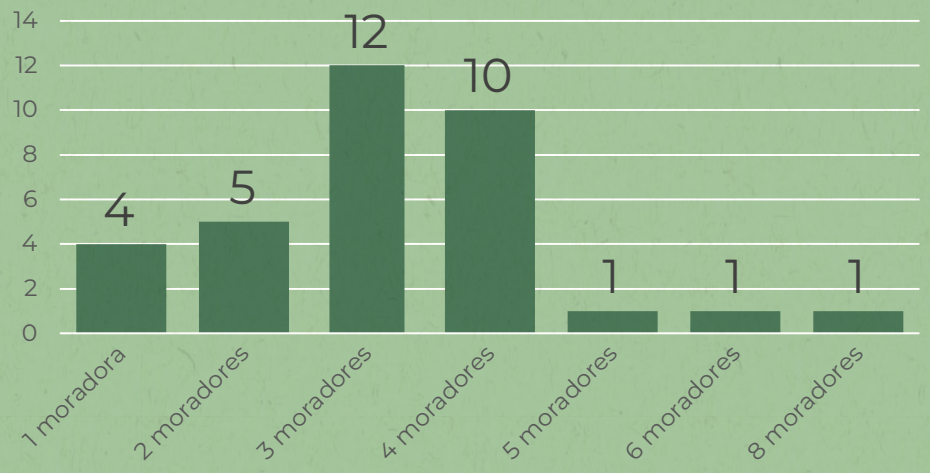
OCUPAÇÃO



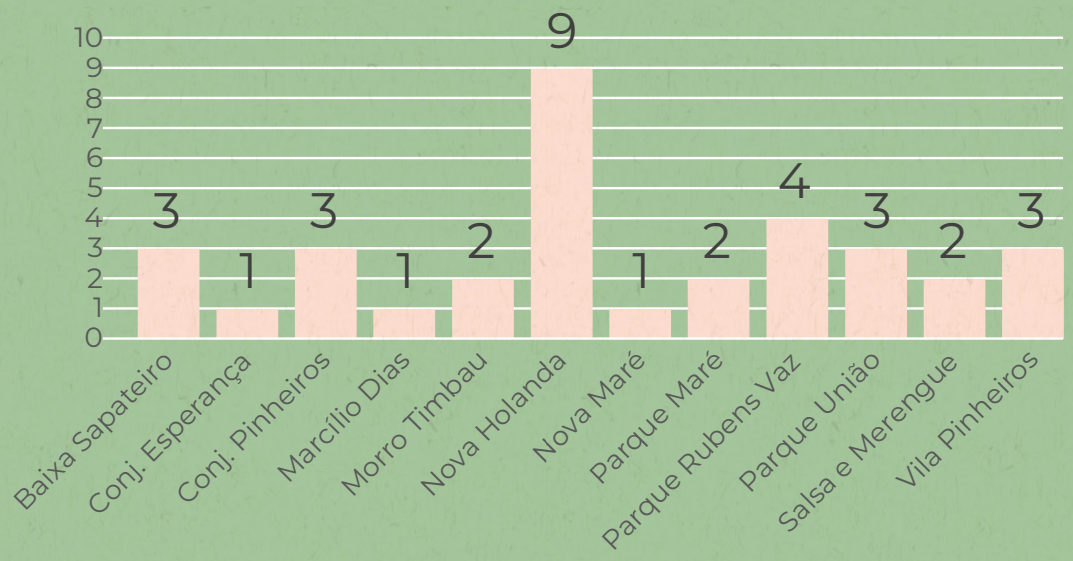
FAIXA DE RENDA FAMILIAR (R$)



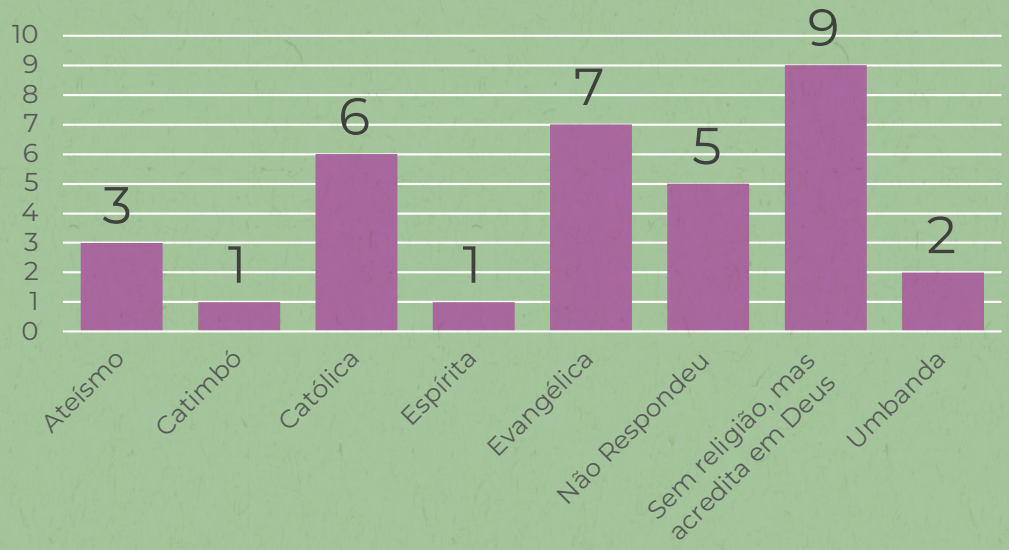
Nº DE MORADORES POR DOMICÍLIO



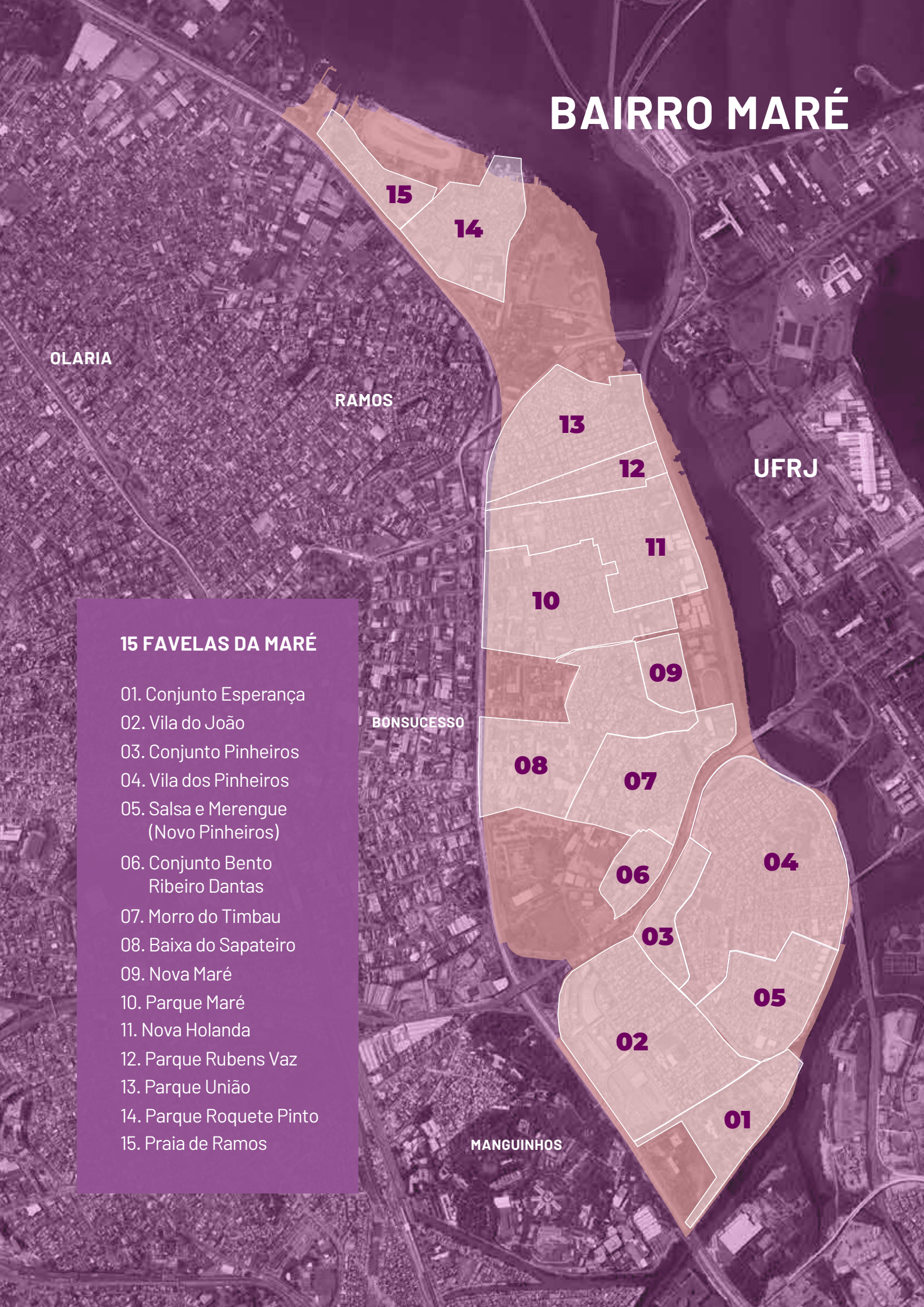
LOCAL DE MORADIA



RELIGIÃO



BAIRRO MARÉ



15 FAVELAS DA MARÉ

01. Conjunto Esperança
02. Vila do João
03. Conjunto Pinheiros
04. Vila dos Pinheiros
05. Salsa e Merengue (Novo Pinheiros)
06. Conjunto Bento Ribeiro Dantas
07. Morro do Timbau
08. Baixa do Sapateiro
09. Nova Maré
10. Parque Maré
11. Nova Holanda
12. Parque Rubens Vaz
13. Parque União
14. Parque Roquete Pinto
15. Praia de Ramos

4

MARCOS POLÍTICO-CONCEITUAIS

4.1 Justiça Reprodutiva

Esta pesquisa, bem como o projeto mais amplo no qual se insere, se inspira na perspectiva conceitual e estratégica da Justiça Reprodutiva*, que se baseia em três conjuntos de direitos humanos interconectados (Ross, 2017):

- O direito a ter filho sob as condições de escolha da pessoa;
- O direito a não ter filho, usando métodos contraceptivos, recorrendo ao abortamento ou praticando a abstinência;
- E o direito de criar crianças em ambientes seguros e saudáveis, livres de violência por indivíduos ou pelo Estado.

Criada nos EUA por movimentos de mulheres negras, cuja racialização as coloca numa posição subordinada nas relações sociais, a perspectiva da Justiça Reprodutiva expande o leque dos direitos reprodutivos para incluir um amplo conjunto de garantias cidadãs, relativas não apenas à prevenção e à interrupção da gravidez, mas também ao apoio para gestar, parir, alimentar, cuidar e educar crianças. Nesta abordagem, tanto o direito ao aborto como o direito ao pré-natal, à segurança alimentar e à creche são direitos reprodutivos.

Assim, a capacidade que meninas, mulheres e pessoas que gestam têm de determinar suas experiências reprodutivas não é apenas uma questão privada ou de escolha pessoal, mas depende diretamente das condições concretas de vida de cada pessoa. Essas condições são profundamente influenciadas pelas ações ou omissões do Estado, que podem facilitar ou dificultar o acesso a políticas de trabalho, moradia, saneamento, alimentação, educação, segurança, saúde, entre outros direitos essenciais. Esses fatores impactam diretamente a autodeterminação reprodutiva, evidenciando que direitos reprodutivos e direitos sociais estão intrinsecamente conectados. Por isso, a perspectiva da Justiça Reprodutiva defende que não há direitos reprodutivos sem justiça social.

Numa sociedade como a brasileira, em que bens e direitos sociais são desigualmente distribuídos, meninas, mulheres e pessoas que gestam não têm as mesmas oportunidades para agenciar suas trajetórias reprodutivas. A partir de uma perspectiva interseccional, o paradigma da Justiça Reprodutiva enfatiza que assimetrias estruturais relacionadas à raça, gênero, geração, classe, território etc. têm impactos determinantes nessas trajetórias. Desemprego, baixos salários e acesso precário a serviços públicos essenciais afetam desproporcionalmente mulheres negras e moradoras de periferias (Criola, 2021), o que impacta diretamente à sua capacidade de exercer plenamente seus direitos sexuais e reprodutivos, expondo-as a situações de precariedade, violência e exclusão.

* Em publicações feministas, observa-se o uso recente da expressão "Justiça (não) Reprodutiva". Editada por várias organizações, a Cartilha Justiça Reprodutiva para Todes (Anis et al, 2024, p.10), por exemplo, explica que a palavra "não", grafada entre parêntesis, demarca que "a vida reprodutiva livre e justa implica, inclusive, na autonomia em não reproduzir, tanto pela escolha em não ter filhes, como por outras possibilidades de parentalidade, como adoção. Justiça (não) reprodutiva se refere a demandas de prevenção, acesso a informações e estratégias que evitem a gravidez indesejada, e também no acesso ao aborto seguro, livre e gratuito".

A Maré é um dos maiores conjuntos de favelas do Brasil, localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro. Formada por 15 favelas, abriga cerca de 140 mil moradores, sendo que 62% se declaram como pretos e pardos e 51% são mulheres (Redes da Maré, 2019). Quase metade das mulheres (45%) são mães solo, o que significa que carregam um peso desproporcional para criar seus filhos, com muitas vivendo em unidades domésticas estendidas. Muitos moradores têm baixos (embora crescentes) níveis de educação e trabalham formal ou informalmente.

O território é afetado por altos níveis de pobreza, desigualdade, violência armada e insegurança pública, mas também abriga múltiplas lutas, protestos e resistências, assim como uma grande rede de iniciativas e organizações da sociedade civil. Há mais de 3 mil estabelecimentos comerciais, 50 escolas, sete postos de Saúde e uma unidade de emergência. Apesar disso, a oferta de serviços e políticas públicas na região é insuficiente e precarizada, resultando em moradores não conseguindo acessar direitos básicos.

Pesquisas anteriores apresentam um cenário desafiador sobre as experiências de gênero na Maré, especialmente quanto a múltiplas formas de violências que se conectam com a violência urbana, a violência armada e as desigualdades socioespaciais. Por exemplo, pesquisas realizadas em parceria com a UFRJ e a King's College London (Krenzinger *et al*, 2018 e McIlwaine *et al*, 2021) mostram que 57% de suas interlocutoras experimentaram uma ou mais formas de violência direta de gênero no âmbito privado e na esfera pública (34% física, 30% sexual e 45% psicológica), com mulheres negras sendo mais propensas a sofrer violências (69% das mulheres pretas em comparação com 55% das pardas e 50% das que se identificam como brancas). Quase metade (47%) da violência foi perpetrada por parceiros íntimos, com 53% dos incidentes ocorrendo na esfera pública. Significativamente, apenas 52% das mulheres que sofreram violência direta de gênero denunciaram ou falaram sobre o ocorrido. Elas recorreram principalmente a canais informais; apenas 2,5% denunciaram a instituições, como a polícia. Ademais, embora os homens sejam alvos diretos, as mulheres também são vítimas em incursões policiais, fogo cruzado e conflitos, sobretudo sendo impactadas emocionalmente pelo medo e luto que a violência armada gera.

Assim, nesse contexto de precariedade social, violações de direitos, violência racial e de gênero e escassez de políticas públicas, a perspectiva integral e interseccional da Justiça Reprodutiva é fundamental para se compreender as múltiplas barreiras que impedem ou dificultam o exercício dos direitos reprodutivos das moradoras da Maré, bem como suas práticas e estratégias reprodutivas nesse cenário. A qualidade da saúde ginecológica; dos serviços de planejamento reprodutivo; da atenção ao pré-natal, parto e puerpério; e das políticas de cuidado, como creche e saúde da família, foram focos importantes de nossas conversas com as moradoras. A partir da perspectiva da Justiça Reprodutiva, vejamos, então, alguns dos debates que orientam a pesquisa no que tange a esses temas.

4.2 Direito ao planejamento reprodutivo

Uma vez que a vida reprodutiva das mulheres e pessoas que gestam é afetada por fatores estruturais e políticos, o conceito de *governança reprodutiva* (Morgan e Roberts, 2012) é útil a esta pesquisa. Ele se refere a como diferentes atores — como o Estado, instituições religiosas, ONGs e movimentos sociais — utilizam controles legislativos, incentivos econômicos e imposições morais para regular comportamentos reprodutivos e práticas populacionais. Na América Latina, essa governança ou regulação é moldada por regimes morais em relação a questões como aborto, contracepção e esterilização, que afe-

tam a reprodução e os direitos reprodutivos. Por isso, esta pesquisa presta especial atenção às formas de governança reprodutiva executadas pelas políticas e serviços públicos que atendem às moradoras mareenses. Alguns estudos oferecem conhecimentos importantes sobre as racionalidades políticas que têm informado as práticas de governança reprodutiva no país nas últimas décadas. Uma CPI, nos anos 1990, constatou que houve esterilização em massa de mulheres no Brasil, em grande parte negras e pobres, moradoras de favelas e regiões periféricas (Brasil, 1993). A esterilização era frequentemente utilizada como um meio coercitivo, sem o devido consentimento ou informação às mulheres. Como resultado de uma política de controle populacional, consolidou-se uma "cultura de esterilização" no país, regulada por acordos informais entre médicos e pacientes, e articulada ao excesso de cesarianas sem critérios clínicos (Berquó, 1993).

O debate público gerado pela CPI e a repercussão no país da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 (Conferência do Cairo) resultaram em uma virada nas políticas de saúde reprodutiva no Brasil, contribuindo para a promoção de uma nova concepção, os direitos reprodutivos das mulheres (Alves, 2014). Essa abordagem rejeita o paradigma de controle demográfico para reconhecer as mulheres como sujeitos de direitos, com controle sobre suas próprias decisões reprodutivas. O planejamento reprodutivo passa, então, a ser reivindicado como um direito a ser garantido pelo Estado, baseado na autonomia e no consentimento informado das mulheres (idem). No entanto, desde então, são muitos os desafios para a efetivação dos direitos reprodutivos no país.

Para regulamentar e democratizar o acesso às laqueaduras no SUS, a Lei de Planejamento Familiar, de 1996, criou regras para o procedimento, que, no entanto, por diferentes razões, terminaram por criar barreiras à sua realização nos serviços públicos (Berquó e Cavenaghi, 2003). Brandão e Cabral (2021a, 2021b) apontam que esse cenário facilitou a entrada no país de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC, na sigla em inglês), como o implante subdérmico, o dispositivo intrauterino (DIU) e outros. Por sua reversibilidade e eficácia, a introdução desses métodos estaria, a princípio, alinhada ao ideário dos direitos reprodutivos. No entanto, os documentos governamentais que regulamentam e institucionalizam a oferta de LARC têm como público-alvo preferenciais usuárias de drogas ilícitas, mulheres em situação de rua, que convivem com HIV e adolescentes, majoritariamente negras, pobres e socialmente marginalizadas (idem).

As autoras criticam a oferta "seletiva" desses métodos a essas mulheres, vistas como incapazes de controlar sua própria sexualidade e reprodução, sugerindo que essas políticas reforçam estigmas e desigualdades raciais e de classe. Pelo conceito de "coerção contraceptiva", elas revelam como essas políticas, sob a justificativa de proteção à saúde e prevenção da gravidez na adolescência, acabam por tratar essas mulheres como alvos de controle reprodutivo e não como sujeitos de direitos, ao impor métodos contraceptivos sem o consentimento informado ou o respeito pela escolha individual. Isso acontece em um contexto onde a educação sexual de qualidade e o acesso a uma ampla gama de métodos contraceptivos e outros direitos básicos são insuficientes, resultando em uma abordagem que prioriza a contenção da reprodução em vez de apoiar a saúde e os direitos reprodutivos de todas as mulheres (Brandão e Cabral, 2021a; 2021b).

A experiência de trabalho com moradoras na Casa das Mulheres permite afirmar que a maioria das adolescentes da Maré que acessam métodos contraceptivos, usam contraceptivo injetável porque é o que geralmente é oferecido a elas nas Unidades Básicas de

Saúde, sem que lhes sejam informadas todas as possibilidades de métodos contraceptivos disponíveis no SUS (Redes da Maré, 2024). E como veremos nos resultados da pesquisa, mesmo o acesso a injetáveis e ao DIU é permeado por desafios, como a dificuldade de acessar consultas ginecológicas e a falta de insumos nas Clínicas da Família.

4.3 Direito à maternidade

O paradigma histórico de controle da natalidade de mulheres pobres, negras e periféricas revela desigualdades profundas no direito à maternidade e no seu exercício. Mattar e Diniz (2021) apontam que há *hierarquias reprodutivas*, isto é, formas de maternidade que são mais, ou menos, legitimadas socialmente. Características como raça, classe social, idade e estado civil determinam o grau de aceitação da maternidade e o acesso a direitos reprodutivos. Mães heterossexuais, brancas e de classe média/alta estão no topo dessa hierarquia, tendo sua maternidade socialmente valorizada, enquanto a base da pirâmide é ocupada por mulheres negras, pobres, jovens e solteiras, que enfrentam barreiras adicionais para acessar serviços de saúde de qualidade e exercer plenamente sua autonomia reprodutiva.

Tais hierarquias assumem contornos dramáticos quando incentivam e legitimam a criminalização de certas maternidades, como é o caso, por exemplo, da retirada compulsória de bebês, muitas vezes associada à pobreza, uso de drogas (principalmente crack), raça e saúde mental. Alguns estudos, como o de Alves e Rui (2022), mostram como as noções de "vulnerabilidade" e "risco" tornaram-se centrais nos processos judiciais e sociais que resultam na separação de mães e filhos. O uso de drogas e a vida nas ruas frequentemente servem como justificativas para a destituição do poder familiar, sem que se garanta um suporte efetivo para essas mulheres.

A Maré é uma região com grande concentração de espaços de uso de crack e outras drogas, sendo a área com o maior número de pessoas em situação de rua vivendo em cenas de consumo no Rio de Janeiro (Arouca e Anhorn, 2024). Diante disso, a Redes da Maré criou o Espaço Normal, um centro de referência e convivência voltado para a redução de danos em relação ao uso de drogas na Maré, sendo o primeiro espaço deste tipo em territórios de favela no Brasil. O público do Espaço Normal é composto, em grande parte, por homens, porém o espaço criou um dia exclusivo para o atendimento das mulheres, pois reconhece que elas enfrentam múltiplas formas de violência nas cenas de uso de drogas. Muitas dessas mulheres enfrentam dificuldades em exercer a maternidade devido às condições precárias de vida e o uso de drogas. A violência de gênero e a falta de apoio do Estado contribuem para que suas trajetórias maternas sejam marcadas por obstáculos, como a perda de guarda dos filhos ou o distanciamento das famílias (Idem). Ao longo desta pesquisa, pudemos ouvir algumas dessas mulheres e constatar a falta de acesso a cuidados de saúde reprodutiva e assistência social, o medo da violência obstétrica e de esterilizações forçadas e a preocupação com o cuidado dos filhos.

A violência armada perpetrada pelo Estado e por grupos civis vitima sistematicamente jovens negros em territórios de favela. A experiência das mães que perdem seus filhos nesses confrontos é uma expressão brutal da criminalização e marginalização das maternidades negras e periféricas (Afonso dos Santos, 2023). Como mostram Araújo, Souza e Silva (2022), ao perderem seus filhos, essas mães entram em uma luta por justiça, memória e reparação, um ativismo marcado por suas experiências de sofrimento e adoecimento, tanto físico quanto mental, uma vez que enfrentam depressão, transtorno de estresse pós-traumático e doenças crônicas como hipertensão e diabetes. O impacto é também familiar, afetando outros membros

da família, que sofrem mudanças comportamentais. Ao lutar por justiça para seus filhos, elas denunciam o genocídio da população negra e a ausência de apoio do Estado, que perpetua a violência e a impunidade. Ao mesmo tempo, transformam suas dores em instrumentos de resistência, construindo uma gramática contra-hegemônica de direitos humanos que visa proteger a vida negra (Afonso do Santos, 2023).

A iniciativa Mulheres em Movimento da Maré, abrigada na Casa das Mulheres da Maré, visa apoiar mulheres residentes da Maré, afetadas por violências institucionais do Estado e múltiplas violações de direitos, sobretudo mães que perderam seus filhos. O objetivo principal é transformar o luto individual dessas mulheres em uma luta política coletiva, fortalecendo o protagonismo dessas mulheres e promovendo seu reconhecimento social e político. As estratégias incluem acolhimento, encontros reflexivos, apoio social e articulação com outros coletivos, além da participação em debates sobre violência estatal (Juliano, 2024). As histórias de dor e resistência dessas mulheres evidenciam como a violência e a precarização dos serviços públicos desempenham um papel central no adoecimento físico e mental das moradoras e apontam para a necessidade de políticas integradas de cuidado (Santos, 2024).

Outra face da injustiça reprodutiva que afeta o direito à maternidade e as vidas de mulheres vulnerabilizadas é a mortalidade materna, que no Brasil é duas vezes maior em mulheres pretas e indígenas do que em mulheres brancas (Observatório Obstétrico, s/d). Mulheres negras e periféricas têm maiores chances de sofrer violência institucional e de enfrentar barreiras no acesso a cuidados médicos adequados, especialmente durante a gravidez e o parto. O dossiê *Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva 2020-2021* constata que a violência obstétrica atinge de forma desproporcional as mulheres negras, que recebem menos analgesia e enfrentam mais complicações durante o parto (Criola, 2021).

Assim, o direito à maternidade no Brasil é profundamente marcado por desigualdades raciais, territoriais e de classe, que marginalizam mulheres negras, periféricas e pobres, restringindo sua autonomia reprodutiva. Essas desigualdades se manifestam tanto na dificuldade de acesso a serviços de saúde reprodutiva de qualidade quanto na negação de condições dignas para o exercício da maternidade. Tais limitações são produzidas e reproduzidas pelas negligências e violências sistemáticas perpetradas sistematicamente por instituições do Estado, que reforçam a exclusão e a vulnerabilidade dessas mulheres.

4.4 Direito ao aborto

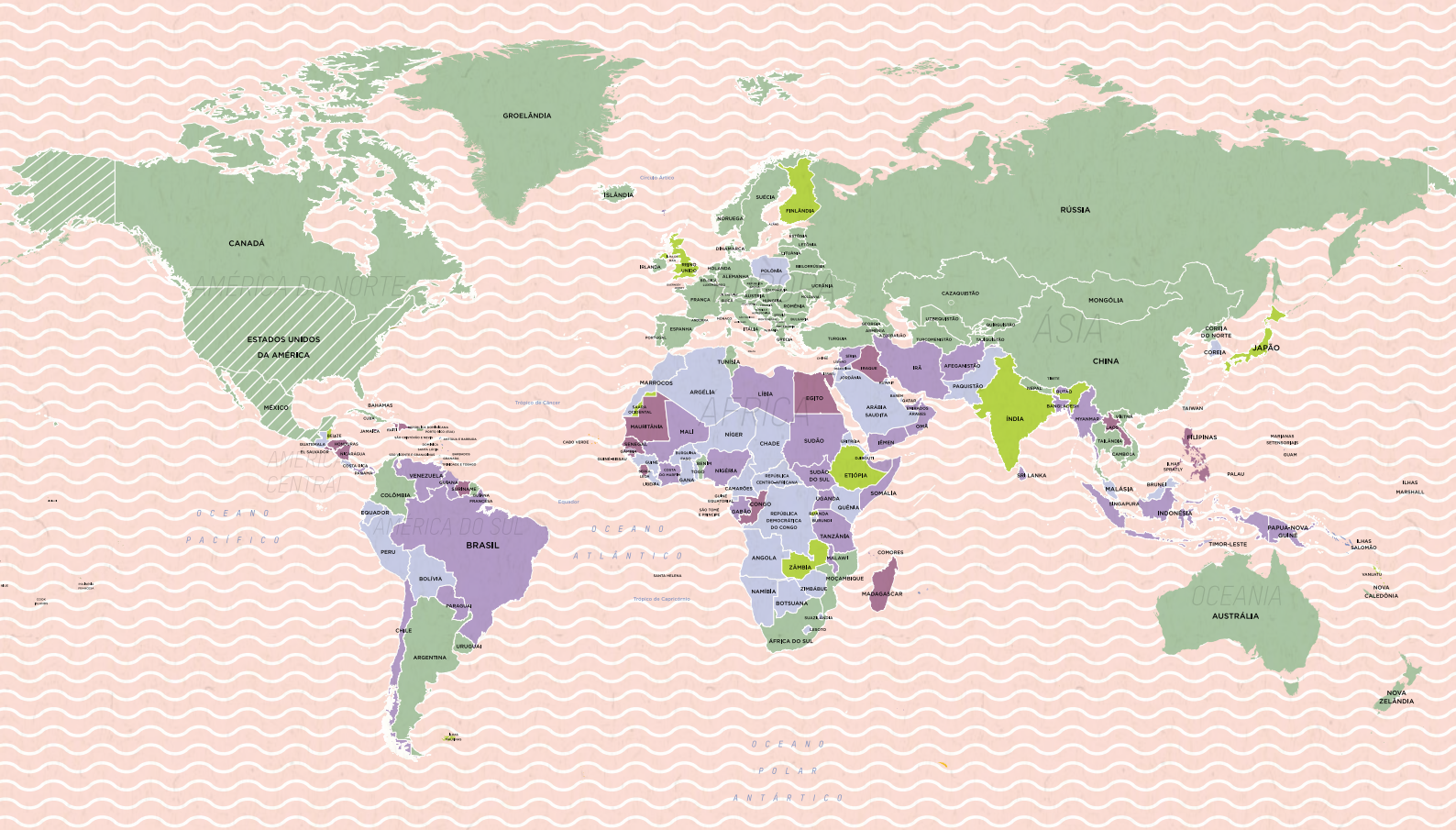
Se o direito à maternidade integra a perspectiva da Justiça Reprodutiva, também o direito ao aborto é parte dela. A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, 73 milhões de abortos sejam induzidos no mundo (OMS, 2024). No entanto, embora o aborto seja um evento comum na vida reprodutiva das mulheres e pessoas que gestam, as práticas de abortamento são profundamente impactadas pelas regulações jurídicas e/ou morais dos países.

O Center for Reproductive Rights mantêm um mapa atualizado do aborto, em que classifica as legislações sobre aborto em cinco categorias, das mais amplas às mais restritivas (veja na página ao lado).

Atualmente, no Brasil, o aborto sob demanda é criminalizado pelo Código Penal, que é de 1940. O Código prevê penas de até três anos para a pessoa gestante e de até quatro anos para a pessoa que a auxilia. Há apenas três exceções em que o aborto pode ser realizado legalmente:

- Em caso de estupro. Adolescentes e crianças menores de 14 anos também se enquadram nesse permissivo. Mesmo que a relação

ABORTO NO MUNDO



Categoria I: aborto sob demanda

77 países

Nesses países, desde que o aborto seja requerido pela pessoa gestante, não há necessidade de explicar qualquer razão. Há variações legais quanto aos limites gestacionais para a realização da interrupção.

Categoria II: aborto por razões sociais e econômicas amplas

12 países

Muitos países também permitem o aborto por causas específicas, como em casos de estupro e de certos diagnósticos fetais.

Categoria III: aborto para preservar a saúde

47 países

Muitas dessas leis incluem ameaças à saúde mental da pessoa gestante. Também nesse grupo, muitos países permitem o aborto por causas específicas, como em casos de estupro e de certos diagnósticos fetais.

Categoria IV: aborto para salvar a vida da pessoa

44 países, inclusive o Brasil

Aqui também há leis onde o aborto é permitido por causas específicas, como em casos de estupro e certos diagnósticos fetais.

Categoria V: aborto totalmente proibido

21 países

Essas são as legislações mais restritivas do mundo

Há ainda dois países em que a legislação do aborto varia significativamente de estado para estado: EUA e México

Fonte: Center for Reproductive Rights. Dados refletem a situação das legislações em 27 de setembro de 2024.

tenha sido consentida, o sexo com menores de 14 anos é presumido pela legislação brasileira como estupro de vulnerável.

- Para salvar a vida da pessoa gestante.
- Em casos de fetos anencefálicos, que raramente sobrevivem ao parto. Esta exceção foi definida em 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal.

Nesses três casos, a pessoa gestante tem direito a realizar o aborto legalmente em hospitais credenciados do SUS, como maternidades e hospitais da mulher, procedimento que é chamado de "aborto legal". No entanto, há várias barreiras à concretização deste direito, que dificultam o acesso ao aborto legal nos hospitais. Em 2023, o Ministério da Saúde informou que foram realizados 2.687 abortos legais no SUS em todo o país (Agência Brasil, 2024), a maioria em casos de gestações resultantes de estupro. Este é um número ínfimo, se considerarmos que só em 2023, foram registrados, nas delegacias do país, 83.988 casos de estupros e estupros de vulneráveis (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2024) e que 12 mil meninas entre 8 e 14 anos foram mães no mesmo ano, segundo dados do governo federal apresentados pelo portal UOL (UOL, 2024).

ALGUMAS BARREIRAS AO ABORTO LEGAL NO BRASIL

- Falta de informação sobre os direitos reprodutivos;
- Ausência de unidades hospitalares próximas que oferecem o serviço;
- Restrição do aborto legal aos serviços especializados, excluindo a atenção básica;
- Estigma social do aborto, que é reforçado pela criminalização;
- Convicções morais e religiosas impostas por profissionais de saúde;
- Perseguição a profissionais de saúde por realizarem aborto legal;
- Falta de formação profissional integral sobre aborto nas faculdades, sobretudo nas áreas de saúde e direito;
- Escassez de profissionais qualificados em toda a rede de saúde, pública e privada;
- Restrição do principal medicamento abortivo, o misoprostol, ao uso hospitalar, com venda proibida nas farmácias;
- Racismo institucional;
- Precarização e superlotação do SUS;
- Projetos de Lei que visam criar criminalizar o aborto nos casos permitidos por lei;

As Pesquisas Nacionais do Aborto (PNA) realizadas em 2010, 2016 e 2021 revelaram que o aborto é um fenômeno comum entre as mulheres brasileiras. Essas pesquisas têm sido muito importantes para produzir conhecimento sobre a magnitude do aborto no Brasil, sobre quem aborta e como. Vejamos alguns de seus principais resultados:

PANORAMA DO ABORTO NO BRASIL

- 1 em cada 7 mulheres fez um aborto até os 40 anos de idade no Brasil (PNA 2021);
- 2 em cada 3 mulheres grávidas não planejaram essa gestação (PNA 2021);
- Em 2015, cerca de 500 mil mulheres abortaram no Brasil (PNA 2016);
- O aborto, geralmente, ocorre no início da vida reprodutiva, sendo que 52% das mulheres relataram ter feito seu primeiro aborto na adolescência (PNA 2021);
- Uma proporção significativa de mulheres que realizam o procedimento acaba fazendo 2 ou mais abortos ao longo da vida, o que sugere que elas enfrentam vulnerabilidade acentuada em suas vidas reprodutivas (PNA 2021);
- 39% das mulheres que fizeram aborto usaram medicamentos. O Misoprostol é o mais comum entre eles (PNA 2021);
- Ao longo das três pesquisas, não houve mudança substancial no perfil geral das mulheres que realizaram abortos: elas refletem todas as faixas etárias, religiões, níveis educacionais, raças, classes sociais e regiões geográficas.

Fonte: Diniz *et al* (2010, 2016 e 2023)

A mortalidade materna é considerada "um evento sentinela, um importante marcador da qualidade do sistema de saúde, em especial em relação ao acesso, à adequação e à oportunidade do cuidado" e está "intimamente relacionado à vulnerabilidade social das populações" (Freitas-Junior, 2020, p. 616). No Brasil, a razão de morte materna é de 57,7 mortes por 100 mil habitantes, segundo dados de 2022 (Observatório Obstétrico, 2022). Esses valores são muito superiores àqueles considerados aceitáveis pela OMS, que estabelece que esta taxa nunca deve ser superior a 20 mortes por 100 mil habitantes.

É importante enfatizar que a mortalidade materna no Brasil é duas vezes maior em mulheres pretas e indígenas do que em mulheres brancas (Observatório Obstétrico, s/d). Mulheres de menor escolaridade e nos extremos etários também apresentam mortalidade materna maior. Isso está associado à maior desassistência no pré-natal, maior incidência de doenças como hipertensão e pré-eclâmpsia e maior peregrinação para se ter acesso a serviços de saúde no momento do parto, consequências do racismo estrutural que afeta a distribuição de recursos e o reconhecimento social em nosso país e cidade.

Segundo dados do DATASUS publicados pela Gênero & Número (2022), no Brasil, as quatro principais causas de morte materna são: hipertensão, hemorragia, infecção pós-parto e complicações do aborto. As três primeiras estão ligadas à necessidade de melhoria na atenção pré-natal, no parto e pós-parto. No caso do aborto, a mortalidade materna está diretamente ligada à criminalização da prática. Dados do Instituto Guttmacher (Singh *et al*, 2018) mostram que as taxas de abortamento inseguro aumentam à medida que as legislações se tornam mais restritivas. Assim, nos contextos mais permissivos, em que a interrupção voluntária da gravidez está autorizada, o abortamento inseguro corresponde a 13% dos casos. Já nos contextos mais restri-

tivos, como é o caso brasileiro, o abortamento menos seguro e inseguro chega a 56% dos casos, podendo levar à morte. Entre 2012 e 2022, 483 mulheres morreram por aborto em hospitais da rede pública de saúde do Brasil (Gênero & Número, 2023).

Mais uma vez, o risco à saúde e à vida decorrente do aborto inseguro não afeta igualmente todas as mulheres. Segundo o estudo de Cardoso, Vieira e Saraceni (2020), as brasileiras mais vulneráveis ao óbito por complicações relacionadas ao aborto são predominantemente mulheres negras e indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 14 anos ou superior a 40 anos, residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e sem parceiros.

Isso ocorre porque fatores como classe social, localização geográfica, raça, idade e contexto cultural são decisivos no acesso à informação e aos meios para a realização de um aborto, sobretudo em condições de clandestinidade. Esses fatores fazem parte do que se denomina "determinantes sociais da saúde", que englobam elementos sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a incidência de problemas de saúde e riscos na população, gerando desigualdade e iniquidade. No caso do abortamento inseguro, as principais determinantes sociais incluem restrições legais, ausência de apoio social, inadequação dos serviços de planejamento reprodutivo e deficiência em infraestrutura dos serviços de saúde (Fusco, Silva e Andreoni, 2012).

O trabalho de Emanuelle Góes (2019) é uma importante referência sobre como o racismo, aliado a outras formas de opressão, cria barreiras individuais e institucionais na atenção à saúde reprodutiva e ao aborto, que afetam desproporcionalmente mulheres negras. Comparando as condições reprodutivas de mulheres negras, pardas e brancas, seu estudo mostra que mulheres pretas apresentaram piores condições socioeconômicas, menor escolaridade e maior instabilidade conjugal, em comparação com mulheres brancas. Mulheres pretas relataram atitudes mais negativas em relação à gravidez, além de maior rejeição por parte de seus parceiros e familiares. Também declararam uma maior prevalência de abortos provocados, que ocorreram de forma mais tardia em relação às mulheres brancas. Mulheres pretas e pardas enfrentaram mais dificuldades para acessar o primeiro atendimento pós-aborto do que mulheres brancas.

Segundo a autora, as principais barreiras relatadas incluem falta de dinheiro para transporte, medo de serem maltratadas no serviço de saúde e a falta de alguém para cuidar de seus filhos. A experiência dessas barreiras está diretamente relacionada à vulnerabilidade econômica e à discriminação racial, com mulheres negras frequentemente enfrentando condições de maior precariedade ao buscar cuidados médicos. Góes identifica evidências do racismo institucional no Brasil, como maiores dificuldades das mulheres pretas e pardas em serem internadas, maior negligência sofrida e atendimento de baixa qualidade. Seu trabalho revela como o racismo afeta de maneira significativa o acesso das mulheres negras à saúde reprodutiva no Brasil, desde a decisão de interromper a gravidez até o tratamento hospitalar pós-aborto, evidenciando a necessidade de políticas públicas que abordem essas desigualdades raciais de forma interseccional (Góes, 2019).

A abordagem da Justiça Reprodutiva enfatiza a urgência de um olhar interseccional na produção de ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, com foco em reduzir as disparidades raciais e socioeconômicas, buscando justiça social e equidade para todas as mulheres.

4.5 Direito ao cuidado

A reprodução vai além de gestar e parir uma vida. Inclui também tudo aquilo que é neces-

sário fazer para manter essa vida. Uma das principais contribuições das teorias feministas foi mostrar que esse "manter a vida": 1) é um trabalho; e 2) é um trabalho socialmente desvalorizado.

"Trabalho de reprodução social" ou "trabalho reprodutivo" é como são chamadas as atividades que se destinam a manter a vida humana, independentemente se ocorrem de forma remunerada ou não (Araujo *et al*, 2021). O trabalho reprodutivo envolve uma ampla gama de atividades, normalmente divididas em trabalho doméstico (cozinhar, lavar, limpar, organizar) e trabalho de cuidado.

A definição do que seja cuidado é abrangente. Uma das mais citadas é a de Fisher e Tronto (1990, p.40):

CUIDADO É:

"uma atividade da espécie que inclui tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar nosso 'mundo', de modo que nele possamos viver da melhor forma possível. Esse mundo inclui nossos corpos, nós mesmos e nosso ambiente, os quais procuramos entrelaçar em uma teia complexa e que sustente a vida."

É fundamental destacar que o cuidado é uma necessidade que todos têm no curso da vida, e não apenas algo demandado por pessoas em situação de dependência, como idosos, crianças menores e pessoas com necessidades especiais (Guimarães, 2024). Mas se, por um lado, a demanda por cuidado é universal, por outro, a sua oferta tem sido historicamente atribuída às mulheres.

As condições de vida de homens e mulheres não são resultado de fatores biológicos, mas, sim, fruto de construções sociais. Essas construções se manifestam por meio de uma divisão social do trabalho entre os sexos, chamada de divisão sexual do trabalho. Segundo essa divisão, a maioria dos homens atua principalmente no mercado capitalista, realizando o chamado trabalho produtivo, enquanto as mulheres acumulam jornadas de trabalho profissional com responsabilidades domésticas e de cuidado familiar (Melo *et al*, 2009).

A naturalização do trabalho reprodutivo como algo "feminino", juntamente com a desigualdade racial histórica que direcionou de forma desproporcional o trabalho de reprodução para as mulheres negras, resultou em uma desvalorização social do trabalho doméstico e de cuidado (Araujo *et al*, 2021). O trabalho reprodutivo, por sua vez, desempenha uma função simbólica que reforça a posição social das mulheres em uma condição de inferioridade (Uhde, 2016). Gera-se uma lógica circular em que tanto o trabalho de cuidado como as mulheres que o realizam são invisibilizados e desmerecidos.

O cuidado, assim desvalorizado, é percebido e nomeado como uma "obrigação", que pesa nos ombros não apenas das esposas e mães, mas também das filhas, irmãs, tias, sobrinhas, netas e avós, sobretudo quando essas são mulheres negras. Essas responsabilidades se tornam ainda mais pesadas quanto menor é a atuação efetiva do Estado, que é fundamental para distribuir as tarefas, tirando-as exclusivamente do âmbito familiar e transferindo-as para a esfera pública (Guimarães, 2024).

Uma dimensão importante do trabalho de cuidado é o seu impacto no tempo. Mulheres que exercem trabalho de cuidado ou fazem dupla jornada têm escassez de tempo para

lazer, descanso, cuidados com a saúde e práticas esportivas. O tempo é uma dimensão de desigualdade social tão relevante, que o conceito de "pobreza de tempo" tem sido utilizado para ampliar a compreensão da pobreza. Fatores como a presença de mais filhos ou a falta de infraestrutura adequada (como água encanada e transporte público) agravam a pobreza de tempo, sendo as mulheres, especialmente as casadas com homens (se comparadas com as solteiras), as mais afetadas pela falta de tempo para lazer e descanso (Itaboraí, 2016).

Assim, a naturalização do cuidado nas esferas privadas e familiares impacta a capacidade de inserção das meninas e mulheres no mercado de trabalho, na escola, em espaços de lazer e em outras esferas da vida, limitando seu acesso a proteções sociais e perpetuando desigualdades de gênero, raça e classe. Por isso, o cuidado deve ser visto como um bem público, cuja provisão transcende a responsabilidade individual e familiar. As políticas públicas que visam garantir o direito ao cuidado devem promover uma redistribuição das responsabilidades de cuidado entre o Estado,

EXEMPLOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO CUIDADO NO MUNDO

- Creches em horário integral e noturno;
- Centros de assistência e cuidados em domicílio a idosos e pessoas com deficiências;
- Programas de transferência de renda para cuidadoras;
- Licenças-maternidade e paternidade remuneradas, inclusive para trabalhadoras/es informais;
- Políticas mais compreensivas de seguridade social;
- Programas de nutrição nas escolas;
- Apoio financeiro para mulheres em situação de violência;
- Centros de convivência e redução de danos para pessoas em situação de rua e uso abusivo de drogas;
- Serviços de cuidado comunitário;
- Regulamentação do trabalho doméstico remunerado;
- Atenção à saúde mental;
- Legislações para o cuidado de pessoas em fase terminal;
- Regimes laborais compatíveis com as necessidades humanas de cuidado;
- Sistemas de transporte público e saneamento de qualidade;

as famílias e o mercado, além de promover uma codivisão mais justa entre homens e mulheres (Batthyány, 2015). No Brasil e na América Latina, políticas de cuidado ainda são fragmentadas e heterogêneas, o que dificulta o reconhecimento desse trabalho como uma questão pública relevante. A institucionalização de políticas de cuidado requer uma abordagem integrada, que leve em conta tanto o reconhecimento dos direitos de quem cuida quanto o acesso à proteção social, especialmente para mulheres e grupos vulneráveis. Por impactar diretamente a distribuição de bem-estar nas sociedades, o cuidado emerge como uma questão não só de justiça de gênero e raça, mas também de justiça social (Batthyány, 2015).

Nesse sentido, o cuidado é uma questão de Justiça Reprodutiva. Dito de outro modo, não há Justiça Reprodutiva sem políticas de cuidado. A perspectiva integral e interseccional da Justiça Reprodutiva coloca o cuidado no centro das estratégias para garantir direitos sexuais, reprodutivos e sociais. Promover políticas acessíveis e de qualidade de assistência ginecológica e contraceptiva, de acompanhamento pré-natal, no parto e pós-parto, de atenção ao aborto, e de bem-estar para filhos, famílias e comunidades é promover políticas de cuidado. É por isso que, nesta pesquisa, nos interessou saber das moradoras da Maré quem oferece e quem recebe cuidados, e em quais condições.

5

ABORTO E SAÚDE NA MARÉ EM NÚMEROS

Nesta seção, apresentamos os resultados da fase quantitativa da pesquisa, em que 504 mulheres de 18 a 39 anos, moradoras da Maré e alfabetizadas responderam a dois questionários em suas residências.

5.1 Perfil da amostra

O perfil sociodemográfico das 504 entrevistadas é o seguinte:

- Idade: A maioria das entrevistadas (65%) estava na faixa etária entre 18 e 24 anos.
- Escolaridade: 45% das mulheres tinham até o ensino fundamental completo, enquanto 55% possuíam ensino médio ou superior.
- Renda Familiar: 61% das entrevistadas viviam com até um salário-mínimo.
- Ocupação*: 56% das moradoras se declararam ocupadas e 44% não ocupadas
- Raça/Cor: 48% das mulheres se autodeclararam pardas, 24% pretas, e 24% brancas.
- Religião: 35% eram evangélicas/protestantes, 30% católicas, 28% não tinham religião e 6% tinham outras religiões.
- Situação Conjugal: 51% das entrevistadas eram solteiras, 18% casadas, e 27% estavam em união estável.
- Tamanho do domicílio: em média, as residências visitadas tinham 3,4 moradores.

Conforme detalhamos na parte metodológica, essa é uma amostra representativa da população de mulheres da Maré, isto é, se olharmos para essa população, ela terá um perfil semelhante ao das mulheres entrevistadas.

5.2 Maternidade

- **Número de filhos: as moradoras da Maré têm em média 2 filhos**

Essa média aumenta para 2,3 filhos entre mulheres menos instruídas e cai para 1,8 filhos entre as que possuem ensino médio e superior. Esses dados dão indícios que permitem questionar a noção, muito presente no senso comum, de que mulheres pobres e de periferia têm "filhos demais". **A média de 2 filhos por mulher na Maré está abaixo da taxa de reposição populacional (2,1 filhos por mulher) e não está muito distante da taxa de fecundidade nacional, que é de 1,57 filhos** (Agência Gov, 2024). O tamanho médio das famílias brasileiras que, em 2018, era de 3,07 pessoas, segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE (IBGE, 2019). Vemos que o número médio de filhos e o tamanho médio das famílias na Maré (3,4 moradores) são apenas ligeiramente maiores que os do país.

Não é possível acessar o que as entrevistadas entendem por "ocupada" e "não ocupada". A definição do IBGE, utilizada nesta pesquisa, define como "ocupada" a pessoa que: 1) está empregada (trabalha para um empregador), 2) faz trabalho doméstico remunerado (como as faxineiras e babás) e 3) não remunerado (como as donas de casa), 4) trabalha por conta-própria, 5) é empregador/a, e 6) faz outros tipos de trabalho não remunerado (como voluntárias/os em instituições beneficentes e aprendizes). Sabemos que muitas mulheres da Maré são donas de casa e trabalham por conta própria, mas é possível que não tenham se identificado como "ocupadas" nesses casos.

- Idade ao ter o primeiro filho:
  13 a 15 anos - 21%
  16 e 17 anos - 28%
  18 e 19 - 22%
  20 a 24 - 22%
  25 a 29 - 7%

Aos 17 anos, praticamente metade das moradoras (49%) já é mãe. A proporção de mulheres que teve o primeiro filho antes dos 18 anos é mais expressiva entre:

- as **pretas e pardas**, com respectivamente 59% e 48%, na comparação com os 40% registrados entre as que se autodeclararam brancas;
- as **não ocupadas** (58% contra 40% entre as que têm alguma ocupação);
- as que possuem **ensino fundamental** (54%, em relação aos 40% encontrados entre as que têm ensino médio e superior);
- as que têm **renda familiar de até um salário-mínimo** (53%, contra 40% entre as que têm renda superior a 1 SM);

A média de idade ao ter o primeiro filho na Maré é de 18 anos, bem inferior à média nacional, que é de 27,7 anos, segundo dados de 2020 do IBGE (Agência Gov, 2024).**

5.3 Saúde ginecológica

- 90% das mulheres entrevistadas afirmaram já ter realizado uma consulta ginecológica, com uma menor proporção entre as mais jovens (75% entre as de 18 a 24 anos).
- 6 em cada 10 mulheres fizeram sua última consulta ginecológica há menos de um ano. 3 em cada 10 visitaram uma ginecologista entre um e três anos atrás.

O SUS foi o principal local de atendimento para 65% das entrevistadas, proporção que é mais expressiva entre mulheres menos instruídas (80%). 26% foram a consultas particulares/pagas, taxa que aumenta entre mulheres com ensino médio e superior (34%). Apenas 8% do total possuem plano ou convênio médico, taxa que cai para 3% entre mulheres com ensino fundamental e aumenta para 12% entre as que possuem ensino médio e superior.

5.4 Desafios no acesso à saúde

- **54% afirmam não terem recebido uma visita** de agente comunitário nos últimos seis meses. A declaração de visitas é menor entre as que não têm filhos (72% disseram não terem recebido visita) e as mais jovens (67%).
- 4 **em cada 10 mulheres (44%) já deixaram de ir a uma unidade básica de saúde** quando desejaram ter ido. As principais razões apontadas são: falta de tempo (19%), conflito armado na região (13%) e falta de confiança nos serviços (11%).

5.5 Aborto

Dados da Pesquisa Nacional do Aborto, que já teve três edições (Diniz *et al*, 2010, 2016, 2023), mostram consistentemente que a criminalização não impede a prática do aborto, que segue sendo um evento comum na vida reprodutiva das mulheres e uma necessidade de saúde. Os resultados da pesquisa na Maré serão comparados, sempre que possível, aos resultados da PNA de 2021. Vejamos, então, o que nos mostram os números sobre a magnitude do aborto e seu perfil sociodemográfico na Maré:

** Estudos mostram que a prevalência de gravidez na adolescência (de 10 a 19 anos) é mais alta em regiões periféricas. A gravidez nesta faixa etária tanto reflete como aprofunda desigualdades sociais. É maior entre populações com baixa escolaridade e renda e está relacionada ao difícil acesso aos serviços de informação e de saúde e, consequentemente, aos métodos contraceptivos. Contribui para o aumento da mortalidade materna nesse grupo etário, já que há maiores complicações no parto e puerpério e alta incidência de abortos provocados, realizados em condições adversas, que evoluem para problemas obstétricos. Além disso, reduz as chances de continuidade dos estudos e, por conseguinte, as oportunidades de obter um trabalho melhor qualificado. Há maior reincidência de gravidez até dois anos após o término de uma gestação na adolescência, o que aumenta a dependência financeira e o risco social e econômico das gestantes adolescentes (Fernandes et al, 2019; Damasceno et al, 2024).

- **Até os 40 anos de idade, 1 em cada 6 moradoras da Maré fez um aborto.** Como os abortos são acumulados ao longo da vida, a taxa aos 40 anos é o indicador mais adequado*. Este dado é diferente do da PNA 2021, que estima que 1 em cada 7 mulheres já abortou até os 40 anos no país (Diniz *et al*, 2023). **Isso significa que a incidência de aborto na Maré é maior que no país.**

- **10% das entrevistadas declararam ter feito aborto alguma vez.** Isto significa que, no momento das entrevistas, aproximadamente **2.864** mulheres de 18 a 39 anos já tinham feito pelo menos um aborto na Maré. **Estima-se que 290 mulheres nesta faixa etária fazem aborto por ano no território.**

- 8 **em cada 10 mulheres que já fizeram aborto na Maré têm filhos** (79%). Essas mulheres, quando já eram mães no momento do aborto, sabiam o que significa a maternidade e, por diversas razões, decidiram não levar adiante uma gestação. Ou, ainda, decidiram ser mães em outro momento, de modo que aborto e maternidade podem estar presentes em uma mesma trajetória reprodutiva.

- 2 **a cada 5 mulheres na Maré fizeram seu primeiro aborto ainda na adolescência**, até os 19 anos.

- A mulher que faz aborto na Maré é a mulher comum. **O aborto é um fenômeno reprodutivo distribuído em todas as faixas etárias, entre mulheres de todas as religiões, cor/raça e escolaridade.**

Das 504 entrevistadas, 51 declararam ter feito aborto. Pelo tamanho da amostra, **não**

QUEM SÃO AS MULHERES QUE ABORTAM NA MARÉ?
Entre as 51 mulheres que declararam ter abortado:

45% está na faixa etária de 35 a 39 anos.	Como o aborto é um evento cumulativo ao longo da vida, as mulheres mais próximas do fim do ciclo reprodutivo têm mais chances de terem feito um aborto do que as mais novas.
45% são pardas, 27% brancas e 24% pretas.	Esta proporção é muito semelhante à composição racial da amostra da pesquisa (48%pardas, 24% brancas, 24% pretas), ou seja, nenhum dos grupos raciais está significativamente sobre- ou sub-representado entre as que declararam ter feito aborto.
37% são católicas, 33% não têm religião, 20% são evangélicas e 10% têm outras religiões.	As evangélicas compunham o maior grupo religioso da amostra total de entrevistadas (35%), mas aparecem somente em terceiro lugar entre as que declararam aborto. Cabe perguntar: as evangélicas fazem menos abortos ou declaram menos essa prática?
51% têm ensino fundamental e 49% têm ensino médio ou superior.	Os dados não permitem destrinchar ensino médio do ensino superior. Vemos que mulheres com ensino fundamental têm mais chances de fazer um aborto, provavelmente porque estão expostas a condições mais desfavoráveis de saúde sexual reprodutiva.
55% têm renda familiar de um salário-mínimo ou menos.	Esse também é um fator que expõe as mulheres a vulnerabilidades reprodutivas.

* Para entender: mulheres de variadas idades foram entrevistadas na Maré. Suponhamos que uma moradora de 25 anos tenha respondido na urna secreta que não fez aborto. Como o aborto é um evento cumulativo ao longo da vida, a proporção de mulheres que fez aborto cresce com a idade. Assim, é possível que aquela mesma mulher faça um aborto aos 28 ou aos 39 anos. Para estimar quais são as chances das mulheres abortarem até os 40 anos, é feito um cálculo que permite afirmar que, na Maré, 1 em cada 6 mulheres fez ou terá feito um aborto aos 40 anos.

é possível fazer generalizações sobre raça, escolaridade e religião. Apresentaremos algumas características sociodemográficas dessas 51 mulheres que declararam ter abortado, sabendo que **não podemos estendê-las a todas as mulheres da Maré.**

Mais da metade das mulheres que abortaram na Maré (53%) fizeram uso de remédio.

Na PNA de 2021, esta taxa foi de 39%.

A PNA não identifica qual medicamento foi utilizado pelas mulheres. Outros estudos mostram que o medicamento mais comum é o misoprostol de nome comercial Cytotec (Diniz *et al*, 2012), o que também pudemos confirmar entre as mareenses entrevistadas na fase qualitativa da pesquisa.

4 **em cada 10 mulheres da Maré (39%) que abortaram foram hospitalizadas** para finalizar um aborto.

Esta proporção é um pouco menor que a da PNA 2021, que foi de 43%. O aborto medicamentoso é considerado seguro pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pode ser realizado fora do ambiente hospitalar até o primeiro trimestre (OMS, 2022). Raramente há complicações de saúde quando os medicamentos são de qualidade e administrados da forma correta. Assim, uma interpretação possível é que a menor porcentagem de internações na Maré, aliada ao maior uso de medicamentos para abortar, pode ser pensada como um fator positivo, ou seja, o acesso à medicação reduz internações.

Ao mesmo tempo, vemos que a taxa de hospitalizações entre as mulheres que abortaram na Maré ainda é relevante. Isso provavelmente se deve ao fato de que, quando encontrados, os medicamentos são vendidos em quantidades muito inferiores às necessárias. Na fase qualitativa da pesquisa, algumas entrevistadas relataram ter usado apenas dois comprimidos, quando o indicado pela OMS são 12. A quantidade insuficiente de comprimidos pode gerar abortos incompletos que demandam cuidados hospitalares. As hospitalizações também podem ser causadas pela utilização de outros métodos invasivos (não farmacológicos) inseguros.

Ainda que nossa pesquisa não permita mensurar o perfil das mulheres que mais precisaram de hospitalizações, sabemos que as desigualdades raciais, de classe e territoriais afetam diretamente o acesso a serviços de saúde seguros para aborto. Dados de Criola (2021) mostram que mulheres negras estão mais expostas a abortos clandestinos, com 47,9% das internações por aborto e 45,2% dos óbitos relacionados ocorrendo entre essa população.

Metade das entrevistadas afirma conhecer uma mulher que tenha feito aborto, o que reforça o fato de que este é um evento comum na vida das mulheres, assim como as gestações.

Os dados quantitativos destacam a realidade de injustiça reprodutiva vivida por mulheres no Complexo da Maré. É alta a proporção que teve seu primeiro filho antes dos 18 anos, sobretudo entre as mulheres negras e em situação de vulnerabilidade (menor instrução e menor renda familiar). Há dificuldades de acesso a serviços de saúde no território. O aborto é um evento comum na vida reprodutiva das mulheres da Maré, mas sua criminalização agrava a vulnerabilidade delas, que muitas vezes recorrem a métodos inseguros, com risco de complicações. Políticas públicas focadas na ampliação do acesso à saúde, educação sexual e planejamento reprodutivo são essenciais para promover a Justiça Reprodutiva e garantir que essas mulheres possam exercer plenamente seus direitos sexuais e reprodutivos.

MITO "As mulheres faveladas têm filhos demais."

FATO Na Maré, elas têm em média dois filhos, número próximo da média nacional, que é de 1,57 filho por mulher.

MITO "As mulheres faveladas são irresponsáveis no uso de contraceptivos."

FATO Elas buscam contraceptivos desde o início da vida sexual, mas encontram diversas barreiras para acessá-los no SUS e para ter acompanhamento ginecológico.

MITO "Mulheres que abortam são descuidadas, irresponsáveis e más."

FATO Oito a cada dez mulheres que já fizeram aborto na Maré são mães. A decisão pelo aborto é um ato de cuidado consigo e com suas famílias.

6

ANÁLISES QUALITATIVAS SOBRE DIREITOS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA MARÉ

6.1 Perfil das interlocutoras

Na fase qualitativa da pesquisa, foram realizadas 21 entrevistas individuais semiestruturadas com 19 mulheres cisgênero, um homem trans e uma pessoa não binária, residentes das diferentes favelas da Maré, e maiores de 18 anos. Além disso, houve três rodas de conversa, com um total de 13 mulheres cisgênero, com idades entre 20 e 59 anos.

Entre entrevistadas e participantes das rodas de conversa, foram 34 interlocutoras no total. A maioria é preta e parda. As idades são variadas, sendo que a faixa etária de 20 a 24 anos é a mais numerosa. A maioria é heterossexual, é mãe e tem de um a dois filhos. Cinco pessoas não têm filhos, ainda que uma delas se considere mãe e principal cuidadora de um familiar. A maior parte tem ensino médio completo ou ensino superior incompleto. 22 pessoas realizam alguma atividade remunerada, enquanto 12, não. Excluindo-se aquelas que declararam não ter qualquer renda domiciliar (6 pessoas), a faixa de renda domiciliar média é de R$1.500,00 a R$2.000,00, ou seja, pouco mais que um salário-mínimo. A grande maioria das participantes é solteira; apenas 6 estão casadas ou em relações estáveis, confirmando o perfil dominante na Maré de famílias monoparentais chefiadas por mulheres (Redes da Maré, 2019). São moradoras de várias favelas da Maré, sendo que a Nova

PRINCIPAIS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE

- Falta de tempo associada à jornada de trabalho
- Falta de articulação em rede entre unidades de saúde
- Necessidade de peregrinação entre unidades de saúde
- Problemas com o SISREG
- Falta de atendimento especializado em saúde mental na Maré
- Ausência de profissionais especializados
- Falta de informação e orientação adequada
- Estigmas sociais
- Longa espera, falta de remédios e atendimento precário
- Falta de continuidade nos atendimentos e impermanência de profissionais da saúde na maré
- Protocolos institucionais falhos
- Negligências médicas
- Diferenças na qualidade do atendimento entre as unidades de saúde da maré e de outros bairros

Holanda é o local mais frequente. Houve diferenças no perfil religioso das entrevistadas e das participantes das rodas de conversa. Entre as primeiras, se destaca o grupo que não tem religião, mas acredita em Deus, com um total de 7 pessoas. Já nas rodas de conversa, entre as 13 participantes, 10 se declararam religiosas.

6.2 "Parece que estão fazendo um favor pra gente": acesso à saúde e qualidade dos serviços

O trabalho de cuidado, socialmente atribuído às mulheres, faz com que as moradoras da Maré, além de buscarem cuidados de saúde para si, assumam também a responsabilidade de garantir o atendimento de seus filhos e familiares. Nesse contexto, elas enfrentam inúmeros obstáculos, tanto para acessar os serviços do SUS quanto para obter cuidados de qualidade dentro das unidades de saúde, o que afeta diretamente as experiências reprodutivas de mulheres e pessoas que gestam.

Por isso, nesta seção, vamos explorar como a política de saúde pública afeta diretamente a vida dessas pessoas na Maré, levando em consideração as barreiras enfrentadas no acesso aos serviços e a precariedade do atendimento, para, nas seções seguintes, analisar como essas dificuldades impactam suas experiências reprodutivas, desde o planejamento reprodutivo, passando pela gestação, parto e aborto, até o cuidado de filhos e familiares.

O primeiro grande desafio de acesso mencionado pelas moradoras são as longas jornadas de trabalho, que dificultam a utilização dos serviços de saúde. Como mostram os dados da fase quantitativa da pesquisa, 44% das respondentes já deixaram de ir a uma unidade básica de saúde quando desejaram ter ido. A principal razão apontada foi falta de tempo (19%). Muitas relatam que a rotina extenuante de trabalho, estudos e cuidado com os filhos e a casa, somada ao tempo necessário para se deslocar até as unidades de saúde, torna quase impossível agendar e manter consultas regulares. Uma das interlocutoras, uma mulher preta, de 47 anos, que já teve plano de saúde fornecido pela empresa em que trabalhava, um recurso raro na Maré, explica que pouco conseguiu acessar os serviços: "*Mesmo tendo o plano de saúde, a gente sendo operária, trabalhadora, o que impede a gente de usar o plano de saúde é a jornada, a carga horária de trabalho, o tempo de deslocamento. Então é algo que você tem, mas você não tem*".

Essa dificuldade de acesso se agrava ainda mais pela falta de uma articulação efetiva entre as diferentes unidades de saúde, como as Clínicas da Família (CFs), Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), hospitais e maternidades da região. As mulheres relatam que muitas vezes precisam peregrinar entre várias unidades em busca de atendimento, especialmente durante o parto ou em situações de emergência. A falta de uma rede integrada faz com que os serviços não se comuniquem adequadamente, e a responsabilidade de garantir uma vaga em hospitais, ou de fazer exames, recai completamente sobre as pacientes. A peregrinação pode dificultar que os cuidados cheguem em tempo oportuno e levar ao agravamento de problemas de saúde.

O Sistema de Regulação (SISREG), que deveria facilitar o agendamento de consultas e exames, é frequentemente apontado como um dos principais gargalos no acesso à saúde. As longas esperas para realizar exames importantes fazem com que muitos diagnósticos sejam atrasados ou até mesmo esquecidos. As moradoras relatam que exames necessários, como ultrassonografias e tomografias, podem demorar meses para serem agendados, o que compromete o tratamento adequado de doenças e condições crônicas. Muitas vezes, após meses de espera e expectativa, as mulheres descobrem que nunca foram sequer agendadas no SISREG. Além disso, houve alguns rela-

tos de prontuários médicos extraviados, o que faz com que as pacientes tenham que refazer exames ou iniciar o tratamento do zero.

Outro ponto que nos chamou a atenção foi a falta de atendimento especializado em saúde mental. Foram frequentes os relatos das interlocutoras sobre terem vivenciado depressão, ansiedade, surtos e ideação suicida, mas o acesso a apoio psicológico ou psiquiátrico é extremamente limitado na Maré. A ausência de profissionais especializados e a longa espera para conseguir atendimento fazem com que muitas pessoas sofram sozinhas. Além disso, a falta de conhecimento sobre o tema e o estigma em torno das doenças mentais dificultam a busca por tratamento, criando uma barreira adicional ao cuidado.

Mesmo quando conseguem marcar consultas e exames e chegar aos serviços, há muitos fatores que impactam negativamente a qualidade do cuidado ofertado, como a longa espera, a falta de remédios e o atendimento precário. Nas CFs, várias entrevistadas relatam atendimentos sistematicamente marcados pela "ignorância", indiferença e negligência por parte dos profissionais de saúde. Elas mencionam que, em vez de receberem o cuidado e a atenção devidos, frequentemente são tratadas de maneira desrespeitosa, com julgamentos morais e falta de empatia. Situações em que os sintomas são minimizados ou ignorados, e o atendimento é realizado de forma apressada, são comuns. Isso é particularmente grave em casos de doenças mais complexas, que demoram a ser investigadas e podem gerar sequelas e consequências graves.

"***Ninguém explica nada***" é uma fala recorrente. A falta de informações e de uma comunicação clara nas unidades de saúde da Maré é uma das principais queixas das interlocutoras, que ficam sem saber como agir ou o que esperar, como por exemplo, em situações em que são encaminhadas para exames, mas não recebem informações sobre a natureza dos procedimentos ou sua importância. Essa ausência de orientação adequada resulta em perda de tempo valioso e prejudica a continuidade dos tratamentos.

A falta de continuidade no atendimento médico é outra crítica recorrente. Muitas entrevistadas mencionaram que, após meses de espera para consultas ou exames, o médico responsável pelo seu caso não estava mais na unidade, o que interrompeu o tratamento e gerou incerteza sobre a continuidade do cuidado.

Embora muitas usuárias relatem experiências de atendimento rude e negligente nas unidades de saúde, algumas destacam que nem todos os profissionais são assim. Elas mencionam a presença de profissionais, em sua maioria mulheres, que, por exercerem a profissão com dedicação e "trabalharem por amor", oferecem um atendimento atencioso e empático. Essas profissionais, quando identificadas, criam uma relação de confiança com as usuárias, facilitando a vinculação aos serviços de saúde e o acompanhamento contínuo dos tratamentos. Assim, quando vínculos são estabelecidos, eles não se formam com a instituição, mas com essas profissionais específicas, em razão da qualidade de seu trabalho individual. Elas são vistas como exceções em um sistema marcado pela negligência, sendo frequentemente referidas pelo nome.

Se "ter a sorte" de encontrar uma boa profissional pode fazer diferença no acesso e na qualidade do atendimento, conhecer uma pessoa dentro dos serviços também é um recurso mobilizado pelas usuárias. Como nos disse mais de uma moradora, "aqui tudo é contato". Assim, em um cenário onde os protocolos institucionais são falhos ou imprevisíveis, o acesso ao cuidado acaba dependendo bastante da iniciativa individual das profissionais e de conexões pessoais prévias com funcionárias.

Por vezes, a relação com essas profissionais envolve um "trabalho conjunto", no qual a funcionária busca garantir o acolhimento, mas a usuária também precisa enfatizar seu

sofrimento. Esse foi o caso de uma de nossas interlocutoras, uma mulher indígena de 24 anos, que, após peregrinar entre vários serviços dentro e fora da Maré em busca de tratamento emergencial para sua filha, finalmente encontrou o acolhimento de uma enfermeira: "*Aí, a enfermeira me disse: 'quando a coordenadora chegar, eu converso com ela. Aí tu chora, tu faz o teu drama, e a gente conversa com ela para ela encaixar tua filha aqui*'".

Outra moradora, uma mulher preta e lésbica de 30 anos, relatou que se sente desmotivada a buscar os serviços de saúde da Maré, que considera excessivamente burocráticos, o que a obriga a "desenrolar" ou "ser simpática" para conseguir o atendimento. Para se movimentarem no SUS, as mulheres precisam adquirir conhecimentos sobre o funcionamento do sistema e aprender a manejar recursos sociais e emocionais específicos. Aquelas que, por necessidade, dominam essas habilidades foram referidas pela jovem acima como "ratas de SUS". Antecipando a ineficácia, a demora e a falta de articulação entre os diferentes serviços de saúde, essas mulheres adotam, por exemplo, a estratégia de realizar ações paralelas, como abrir protocolos de atendimento em diferentes unidades, na tentativa de aumentar suas chances de conseguir tratamento em tempo oportuno.

Quando o acesso aos cuidados de saúde depende, por um lado, da "empatia" de alguns profissionais e, por outro, da utilização de diversos recursos estratégicos pelas usuárias, configura-se um jogo de papéis que revela a fragilidade dos protocolos e serviços institucionais.

As entrevistadas apontam diferenças significativas na qualidade do atendimento entre as unidades de saúde da Maré e de outros bairros. Elas afirmam que, fora da Maré, o atendimento tende a ser mais atencioso e cuidadoso, ou "menos ruim", em contraste com a pressa e a rispidez frequentemente observadas nas unidades locais. Apesar de reconhecerem que o atendimento no SUS em outras regiões também possui muitas falhas, as usuárias consideram que, fora da Maré, o tempo de espera é menor e os recursos disponíveis são mais adequados.

As experiências negativas com atendimentos anteriores e os relatos desanimadores de pessoas próximas têm um impacto significativo sobre a decisão das mulheres de buscarem ou evitarem os serviços de saúde na Maré. O medo e a desconfiança em relação ao atendimento, formados ao longo de anos de experiências frustrantes, resultam em uma tendência de afastamento dos serviços de saúde. Muitas moradoras preferem buscar atendimento em outros bairros, o que acarreta maior gasto de tempo e dinheiro com deslocamento. As que podem, recorrem a consultas particulares para evitar o "transtorno" de ir a uma unidade pública. Embora os serviços pagos também não sejam vistos como perfeitos, são percebidos como mais atenciosos aos sintomas, com menor tempo de espera e mais clareza nas informações: "*no particular, parece que eles têm esse cuidado de deixar você mais esclarecida*", comentou uma entrevistada, mulher preta, de 27 anos, que recentemente passou a contar com o plano de saúde oferecido pela empresa em que seu marido trabalha.

É evidente que as dificuldades de acesso e a baixa qualidade dos serviços geram uma sobrecarga adicional de trabalho para as mulheres, cujos efeitos se fazem sentir em sua saúde física e mental, bem como no bem-estar de suas famílias. Gera-se um círculo vicioso em que a precarização das políticas públicas de saúde produz e agrava processos de adoecimento, aprofundando as disparidades sociais e a marginalização das moradoras da Maré.

Em resumo, as moradoras da Maré enfrentam múltiplos obstáculos no acesso aos ser-

viços de saúde. A qualidade do atendimento depende muito das atitudes individuais dos profissionais e das estratégias que as usuárias utilizam para obter cuidados, o que gera falta de confiança nas instituições de saúde e afastamento dos serviços, afetando sua saúde e agravando as desigualdades sociais.

Na próxima seção, vamos explorar como esse cenário de fragilidade no atendimento à saúde se reflete diretamente nas questões de saúde sexual e reprodutiva, afetando o planejamento reprodutivo, a gestação, o parto, o aborto e o cuidado com dependentes.

6.3 "Preferem fazer um pré-natal do que um preventivo": acesso a cuidados ginecológicos e práticas contraceptivas

Mariana tem 25 anos, é parda, tem ensino médio incompleto, faz bicos eventualmente e sua única renda certa é a do Bolsa Família, no valor de R$500,00. Vive com seu companheiro, também desempregado, e com ele tem um bebê. Tentava, desde os 14 anos, uma consulta ginecológica na *sua* Clínica da Família para acessar métodos contraceptivos. Nunca conseguiu. A justificativa que recebia era que alguns exames, como preventivo e mamografia, não são indicados antes dos 25 anos. Como resultado, apesar de sua insistência em vários serviços, nunca teve acesso a qualquer consulta ginecológica ou orientação sobre contracepção. Passou a se automedicar. Tomou anticoncepcional até os 19 anos, quando teve um aborto espontâneo e descobriu que a pílula havia falhado. Por isso, quis colocar o DIU, mas foi novamente informada de que só seria possível ao completar 25 anos. Engravidou aos 24, quando aguardava na fila do DIU. Só conseguiu acesso a consultas quando estava grávida. Aos profissionais de

BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:

- Falta de apoio para viver a sexualidade com segurança;
- Pouca orientação por parte de responsáveis e educadores;
- Falta de educação sexual nas escolas;
- Dificuldades de acesso a consultas e tratamentos ginecológicos;
- Limitações de oferta de métodos contraceptivos;
- Atendimento médico inadequado ou violento;
- Falta de insumos e baixa qualidade do atendimento público;
- Regras do próprio sus que limitam exames e consultas para as faixas etárias mais jovens, impedindo-as de receber orientação médica sobre saúde sexual e reprodutiva;
- Medos, inseguranças e/ou falta de confiança nos serviços;
- Tabus sociais;
- Questões financeiras;
- Cuidados que priorizam a saúde materno-infantil, em detrimento da saúde integral das mulheres;
- Desconsideração das diferentes fases da vida sexual e reprodutiva;
- Lógica hétero-cis-normativa nas unidades de saúde;
- Inviabilização da autonomia reprodutiva e direito de escolha;
- Falta de privacidade e sigilo médico;
- Responsabilização e julgamento moral das mulheres por falhas na contracepção.

saúde, ela uma vez disse: “Vocês preferem fazer um pré-natal do que um preventivo”.

Diante do cenário de precariedade da atenção à saúde na Maré, descrito na seção anterior, o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é um desafio constante para as moradoras, que enfrentam um sistema público de saúde precarizado e incapaz de atender suas demandas de forma digna e adequada. A realidade vivida pelas interlocutoras revela uma trajetória marcada por obstáculos estruturais que dificultam o acesso a consultas ginecológicas, a exames preventivos e a métodos contraceptivos adequados à sua realidade. Nesta seção, vamos focar nessas dificuldades e nas estratégias das moradoras para lidar com elas.

Acesso a cuidados ginecológicos

Assim como Mariana, cujo relato abre este capítulo, a maioria das interlocutoras relatou que, ao iniciarem sua vida sexual, não receberam o suporte necessário para viver sua sexualidade de forma segura. Tanto em casa quanto na escola, poucas tiveram acesso a orientações adequadas por parte de responsáveis e educadores, devido aos tabus sociais que cercam o tema e à ausência de políticas públicas eficazes de educação sexual nas instituições de ensino.

No sistema de saúde, muitas enfrentaram barreiras recorrentes para acessar consultas ginecológicas, como longas esperas, cancelamentos inesperados, falta de médicos e de insumos necessários para realização de procedimentos, mau atendimento por parte de profissionais de saúde e falta de dinheiro para deslocamentos e exames, como costuma acontecer também com outras demandas de saúde. “Ter que enfrentar aquilo lá”, uma expressão usada por uma das entrevistadas, resume bem o que a maioria das mulheres relata a respeito do atendimento ginecológico na Maré.

O impacto desses obstáculos na vida sexual e reprodutiva das jovens é particularmente preocupante. Uma interlocutora de 19 anos, parda, estudante, por exemplo, nunca teve relações sexuais por medo de engravidar. As experiências de mau atendimento que ela e suas irmãs já receberam na Clínica da Família, desmotivam-na a buscar uma consulta ginecológica para escolher um método contraceptivo e a levam a adiar sua iniciação sexual, apesar de seu desejo. Outra moradora, preta, 36 anos, relatou duas experiências negativas em suas primeiras consultas ginecológicas na Clínica da Família, quando era adolescente. Na primeira, após oito meses de espera, durante um exame preventivo, a médica, sem considerar sua tensão e desconforto, inseriu o espéculo com força, causando dor e sangramento, o que a deixou traumatizada e a fez evitar novos exames por medo. Posteriormente, em outra unidade, ela foi vítima de abuso sexual, quando um médico pediu que retirasse o sutiã sem necessidade, reforçando seu sentimento de desrespeito e vulnerabilidade e afastando-a dos serviços públicos de ginecologia por um bom tempo.

Outra queixa recorrente entre as jovens foi o fato de exames como o preventivo, por normativas do próprio SUS, só serem oferecidos a partir dos 25 anos, o que é usado como justificativa para consultas ginecológicas como um todo, deixando-as desassistidas por um longo período. Se considerarmos que 49% das mulheres na Maré têm seu primeiro filho entre 13 e 17 anos de idade e 93% antes dos 25 anos, conforme revelado na fase quantitativa da pesquisa, fica evidente o impacto que a recusa de consultas ginecológicas e orientação contraceptiva pode gerar nesse período crucial.

Diversas mulheres relataram que só conseguiram agendar consultas ginecológicas e acessar métodos contraceptivos após descobrirem-se grávidas, momento em que, finalmente, foram reconhecidas pelo sistema de

saúde como sujeitas de cuidados. E, frequentemente, após o período puerperal, as mulheres deixam de receber acompanhamento ginecológico regular, ficando mais uma vez sem acesso contínuo a cuidados essenciais para sua saúde reprodutiva.

Essa realidade reflete os desafios na implementação de políticas integrais de saúde da mulher, frequentemente limitadas pelo foco excessivo na saúde materno-infantil (que tampouco é considerada satisfatória pelas mareenses, como veremos). Tal enfoque não só negligencia outros aspectos fundamentais da saúde sexual e reprodutiva, como a realização de exames preventivos de rotina e o recebimento de orientações sobre métodos contraceptivos, como também contribui para a exclusão de adolescentes, mulheres na menopausa e outros grupos, que acabam marginalizados nos serviços de saúde (Souto, 2008; Santana *et al*, 2019).

Também mulheres lésbicas e pessoas trans, por não corresponderem ao perfil do público-alvo das políticas de saúde sexual e reprodutiva, terminam excluídas dos cuidados na rede pública da Maré. Uma entrevistada lésbica, preta, de 30 anos, relatou que não vai ao ginecologista desde os 17, idade até a qual teve plano de saúde. Ela se sente desconfortável ao ir ao ginecologista porque tem receio de ser tratada de forma inadequada devido à sua orientação sexual, além de ter medo de exames que envolvem penetração, algo com que ela não se sente à vontade. Ela também ouviu relatos de amigas sobre dores e desconfortos durante exames, o que aumenta sua hesitação.

Outro participante da pesquisa, um homem trans preto, de 22 anos, enfrentou inúmeras dificuldades ao tentar realizar sua terapia hormonal em uma CF da Maré. O principal obstáculo foi a longa espera; ele ficou aguardando por mais de um ano para ser chamado, sem sucesso. Enquanto isso, procurou ajuda em uma clínica em outra favela da cidade, onde há um projeto voltado para o atendimento de pessoas trans. Lá encontrou um acolhimento que relatou ser muito mais rápido e respeitoso, em que foi tratado desde o início pelo nome social e com os pronomes corretos, uma experiência de cuidado que contrastou com o tratamento hostil que recebeu na Maré. Ele relata que a demora no atendimento agravou sua disforia corporal, que gera constrangimentos profundos que o impedem de se sentir à vontade em relações sexuais. Isso evidencia a urgência de políticas que garantam o acesso rápido e eficaz às terapias hormonais pelo SUS, essenciais para o bem-estar e autoestima das pessoas trans.

Casos como os mencionados demonstram que obstáculos à saúde sexual e reprodutiva surgem já na adolescência, comprometendo o acesso das mulheres e pessoas trans a cuidados desde cedo. Tais barreiras afetam não apenas as vivências da juventude, mas repercutem ao longo de toda a vida sexual e reprodutiva, podendo resultar em gravidezes não planejadas, exposição a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), ausência de diagnósticos precoces de doenças ginecológicas, gestações de risco e agravamento de condições de saúde.

Há também alguns relatos de atendimento satisfatório, e, como vimos, quando um bom serviço ou profissional é detectado em algum lugar, as pessoas tendem a procurar por este equipamento. Outra alternativa é pagar por atendimento particular, o que não é incomum entre as entrevistadas. Os resultados da fase quantitativa da pesquisa apontam que 26% das respondentes recorreram a consultas particulares/pagas. No entanto, mesmo nas clínicas particulares, as entrevistadas relatam desconforto ao serem atendidas por médicos homens, que dificultam a criação de um ambiente de confiança para discutir questões sensíveis.

Práticas contraceptivas

Diante desse cenário, o acesso e uso de contraceptivos é permeado por vários desafios. Grande parte das entrevistadas relata experiências negativas com contracepção. Embora o uso de métodos para evitar gestações seja frequente entre elas, os relatos têm o tom de fracasso e de não satisfação das necessidades contraceptivas. Os problemas de acesso aos métodos e os inconvenientes ocasionados pelo uso de alguns deles, assim como a frustração em não conseguir o método que deseja, mas o método que é possível, são elementos presentes nas narrativas das mulheres entrevistadas.

Entre nossas interlocutoras, chama a atenção a referência ao DIU como um método desejado e pouco acessível. Segundo estatísticas sobre contracepção no Brasil (Trindade *et al*, 2021), este método tem baixa prevalência de uso. A Casa das Mulheres da Maré realiza ação de colocação de DIU, e talvez isso tenha influenciado neste resultado, em que o DIU aparece como um método bastante desejado e pouco ofertado no sistema público de saúde. Muitas entrevistadas relataram que, mesmo desejando utilizar o DIU, não conseguiram agendar o procedimento nas Clínicas da Família, fazer os exames necessários ou encontrar profissionais capacitados para a colocação, sendo orientadas a buscar hospitais ou clínicas particulares. Algumas mulheres descobriram muito depois da inserção do método em sua unidade de saúde que o DIU não havia sido colocado corretamente, evidenciando a falta de acompanhamento médico adequado. E, ainda, houve interlocutoras que expressaram falta de confiança neste método, por terem ouvido histórias de mulheres que engravidaram enquanto o utilizavam.

Cabe aqui uma reflexão sobre a tensão entre disponibilidade de informações sobre métodos contraceptivos, o desejo de acessar algum deles e sua efetiva oferta pelo SUS. No contexto desta pesquisa, o DIU foi desejado, sobretudo, por mulheres que receberam informações sobre ele, mas também houve alguns relatos de desconfiança em relação à sua eficácia. Além disso, este método está, em teoria, disponível no SUS, mas as moradoras indicam que é pouco acessível na prática. Poucas interlocutoras se referiram ao implante subcutâneo como um método desejado pois, além de não estar disponível nas unidades de saúde da Maré, há pouca disponibilidade de informação sobre ele. Diante disso, podemos supor que, quando há acesso à informação sobre um método e efetiva oferta pelo SUS, talvez este método seja mais procurado.

A contracepção hormonal oral e os injetáveis são utilizados, mas ambos com relatos de experiências negativas: mal-estar; dificuldades no seguimento do uso por esquecimento, no caso da pílula; ou dificuldade em fazer o acompanhamento do injetável no sistema de saúde. As moradoras relataram que, eventualmente, faltam injetáveis nas CFs, e que quando a data da aplicação cai em dias em que as unidades não funcionam, como fins de semana, feriados e durante operações policiais, elas acabam tendo que pagar pelo medicamento e aplicação em farmácias, ou perdendo o prazo ideal para a injeção, o que compromete a eficácia do método, aumentando o risco de gravidezes indesejadas.

A autonomia reprodutiva das mulheres passa pela possibilidade de exercer controle sobre as formas que melhor se adequam à rotina delas. Cotidianos atravessados por instabilidades relativas à segurança, trabalho remunerado, cuidados de terceiros e afazeres domésticos certamente influenciam na oportunidade de tomar a pílula diariamente ou ter tempo para aguardar uma consulta nas unidades básicas de saúde do território.

Além disso, as condições individuais de saúde de cada mulher podem variar amplamente. Problemas hormonais, de ganho de peso, de circulação, de diabetes, entre outros, demandam cuidados específicos e adaptações na

escolha dos métodos contraceptivos, caso a caso. Como muitos profissionais de saúde não dão a devida atenção à saúde integral das usuárias de saúde ou aos efeitos colaterais dos medicamentos, as próprias mulheres se incumbem da decisão de mudar de método, considerando os impactos percebidos em seus corpos e as experiências de mulheres próximas. Com isso, são frequentes as descontinuidades no uso dos métodos e tentativas de automedicação que podem levar ao agravamento de problemas de saúde, gestações indesejadas e abortos espontâneos. Como contou uma moradora, preta, de 47 anos:

"O que ocorre é o seguinte: às vezes, a gente resolve assim, a gente vai na farmácia, conversa com um farmacêutico experiente, e ele é muito melhor do que qualquer médico, parece que é incrível. É algo que é um tabu, que os médicos falam que não deve, mas quando a gente não tem uma assistência, esse é o caminho."

Mesmo com acompanhamento médico acessível, as decisões sobre contracepção podem ser complexas e influenciadas por percepções pessoais e experiências anteriores. É fundamental ter acompanhamento médico para gerenciar os métodos contraceptivos, mas é igualmente importante que a comunicação entre paciente e médico seja clara e que a paciente se sinta confortável em relatar efeitos colaterais ou preocupações, o que raramente é relatado pelas moradoras.

Ainda, a privacidade e o sigilo médico são cruciais para a eficácia da contracepção, uma vez que as mulheres, por vezes, se sentem "invadidas" nas consultas, em razão da presença de pessoas que não estão envolvidas diretamente no atendimento. É importante dizer que há uma forte percepção entre as usuárias de indiscrição por parte das/os profissionais dos serviços. Foram comuns os relatos sobre médicas, enfermeiras e técnicas anunciando resultados de exames de gravidez e outras informações sensíveis no meio do corredor, sem qualquer respeito à privacidade das usuárias e ao sigilo médico.

As relações com as/os Agentes Comunitárias/os de Saúde são ainda mais tensas. Por também serem moradoras/es da Maré, muitas entrevistadas relatam que elas/eles comentam com a vizinhança informações sensíveis das usuárias, como a iniciação sexual de adolescentes que procuram contracepção, a detecção de ISTs e a confirmação de gestações. Tudo isso afeta a confiança nos serviços e impacta a saúde sexual e reprodutiva das moradoras, afastando-as das clínicas e dos cuidados, como no caso de uma jovem que, quando começou sua vida sexual, decidiu recorrer a um atendimento particular, porque tinha receio de que sua iniciação fosse comentada pelas/os profissionais.

Entre outros fatores, essas barreiras sociais e institucionais fazem com que os métodos contraceptivos definitivos sejam bastante procurados. O desejo por laqueadura apareceu nas entrevistas individuais e nas rodas de conversas. Nem sempre alcançada no sistema de saúde, a laqueadura expressa a vontade de terminar o ciclo reprodutivo, sobretudo para aquelas que já não esperam por mais filhos como uma possibilidade em suas vidas. É também uma forma de não precisar mais lidar com as dificuldades no acesso aos serviços e com os inconvenientes de métodos contraceptivos de uso contínuo. Entre as interlocutoras, houve tanto relatos de rapidez e facilidade no acesso à laqueadura, como experiências de negação indevida por parte de profissionais das CFs e longas esperas.

O uso da camisinha, por outro lado, raramente é mencionado e, quando aparece, é descrito como um método contraceptivo ineficaz. Um dos motivos apontados pelas entrevistadas é a dificuldade em negociar seu uso com os parceiros. "*Eu uso de boa, amarradona, mas homem tem uma coisa com camisinha*", relatou uma interlocutora de 44 anos, branca, que engravidou na adolescência. Muitas mora-

doras também expressaram insatisfação com o fato de a responsabilidade pela contracepção seja atribuída às mulheres, enquanto seus parceiros homens cisgênero raramente assumem essa responsabilidade. Para uma das entrevistadas, uma mãe solo de 24 anos, preta, bissexual, a maior dificuldade para prevenir gestações é "se relacionar com homens":

"Porque a responsabilidade de não ter o filho é toda sua. Então, se você não fizer alguma coisa para não ter filhos, você vai ter, sabe? Então, é muito isso, sou eu que tenho que ficar vigilante o tempo inteiro, preocupada se meu DIU está no lugar ou não, porque sei que, enquanto eu estiver me relacionando com homem, ele não vai estar nem aí. E se acontecer alguma coisa e depois eu ficar grávida, vai ser a mesma coisa, ele não vai estar nem aí também, a responsabilidade de tudo vai continuar sendo minha. E eu tenho que ficar sempre atenta a tudo, para evitar".

O DIU e a laqueadura, portanto, são as formas de contracepção que emergem como os métodos mais cobiçados pelas interlocutoras da pesquisa. Ambos são entendidos como seguros e adequados ao modo de vida das mulheres e, se efetivados, como uma forma de não precisar mais "enfrentar aquilo lá". Mesmo que o DIU exija a realização periódica de exame de ultrassonografia para monitoramento, nem sempre disponível oportunamente pelo SUS, ele reduz a necessidade de comparecer ao serviço, além de durar até dez anos.

Esses achados são um contraponto importante a um ideário muito presente no senso comum de que mulheres pobres, negras e de periferias seriam "irresponsáveis" no uso de contraceptivos. Os relatos das interlocutoras dão conta de que, ao contrário, elas buscam com afinco encontrar e se adaptar a dife-

BARREIRAS DE ACESSO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA MARÉ:

- **Falta de informação sobre os diferentes métodos;**
- **Negação de informações precisas nas clínicas;**
- **Falta de educação sexual adequada nas escolas;**
- **Conservadorismo religioso;**
- **Constrangimento em buscar contraceptivos nas unidades;**
- **Dificuldades de agendar consultas e exames para a colocação de métodos de longa duração, como o DIU e o implante hormonal;**
- **Falta de profissionais capacitados para a colocação de contraceptivos;**
- **Descontinuidades no uso de injetáveis durante o fechamento das unidades e devido à falta de insumos;**
- **Falta de privacidade nas consultas ginecológicas;**
- **Desrespeito ao sigilo médico por parte de profissionais das clínicas;**
- **Custo elevado de anticoncepcionais específicos e sua indisponibilidade no SUS;**
- **Efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais;**
- **Esquecimentos durante o uso da pílula;**
- **Resistência de muitos homens em usar preservativos e de se corresponsabilizar pela contracepção e saúde sexual.**

rentes métodos anticonceptivos ao longo de suas trajetórias, mas encontram dificuldade de obter orientação médica adequada e acesso a consultas ginecológicas regulares, que poderiam assisti-las em seus projetos de planejamento reprodutivo.

As barreiras financeiras também surgem como um fator na limitação do acesso aos contraceptivos. Muitas entrevistadas mencionaram o custo elevado de métodos como o implante hormonal subcutâneo ou a pílula anticoncepcional de baixa dosagem, indicada para lactantes, o que as obriga a buscar alternativas mais acessíveis, mas nem sempre adequadas às suas necessidades de saúde.

Depois de conversar detalhadamente com as moradoras sobre suas práticas contraceptivas e dificuldades de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, perguntamos a elas quais eram as maiores dificuldades para evitar gestações na Maré. As respostas revelam uma articulação entre questões estruturais e morais.

Embora esses problemas estruturais tenham frequentemente atravessado as experiências individuais das moradoras, várias acreditam que a prevenção não deveria ser um grande desafio, já que existem métodos gratuitos nas Clínicas da Família. Contudo, as mesmas interlocutoras admitem que esses serviços públicos são falhos, principalmente pela falta de insumos e baixa qualidade do atendimento. Há também quem acredite que as mulheres engravidam "por escolha", responsabilizando-as individualmente pelo uso de métodos contraceptivos e por "não se cuidarem".

Contraditoriamente, esta posição partiu de mulheres que experimentaram, elas mesmas, falhas nos métodos que resultaram em gravidezes indesejadas, mostrando que a prevenção não é infalível. Há quem se culpe por uma gravidez indesejada, mesmo diante das várias barreiras institucionais encontradas, evidenciando que a responsabilização moral das mulheres pela contracepção é internalizada. Essa contradição reflete como questões morais e sociais permeiam o discurso sobre planejamento reprodutivo, ao passo que os desafios reais no acesso a métodos eficazes e informações adequadas continuam a impactar as vidas das moradoras.

Em resumo, esta seção revelou os múltiplos obstáculos que as moradoras da Maré enfrentam para acessar serviços de saúde sexual e reprodutiva, as barreiras institucionais nas Clínicas da Família, a dificuldade de marcação de consultas e o mau atendimento, além dos desafios para obter métodos contraceptivos adequados. Apesar de existirem opções gratuitas, o atendimento precário e os constrangimentos morais frequentemente desmotivam as mulheres a buscarem assistência, levando-as a se automedicarem ou a dependerem de alternativas privadas. O julgamento moral sobre as falhas na contracepção, muitas vezes internalizado, agrava a experiência de gestações indesejadas, evidenciando a fragilidade das políticas de saúde pública voltadas para moradoras de favelas.

Na próxima seção, examinaremos como essas dificuldades na prevenção de gestações se conectam aos desafios enfrentados durante a gestação e o parto, aprofundando as questões estruturais e sociais que marcam a experiência materna na Maré.

6.4 "Uma sequência de catástrofes": gestações, pré-natais e partos na Maré

Gestações inesperadas e planejadas

Os dados da fase quantitativa mostram que 49% por cento das mulheres se tornam mães pela primeira vez na Maré entre 13 e 17 anos de idade. Esse dado ressoa na fala de uma entrevistada, preta, de 27 anos, que teve seu primeiro filho aos 15: "*primeiro filho é sempre por acaso*". Ela teve seu primeiro filho no

início da adolescência e não usava contraceptivos naquele momento. Entre nossas interlocutoras são frequentes relatos semelhantes. Como vimos acima, é muito difícil ser sujeita de direitos sexuais e reprodutivos na atenção primária da Maré durante a adolescência e início da juventude, quando as moradoras encontram muitas dificuldades de acessar consultas ginecológicas, exames e orientação contraceptiva.

A alta incidência de gravidezes não planejadas entre as moradoras é, em grande parte, como vimos nas seções anteriores, fruto de um conjunto de fatores estruturais que dificultam o acesso a informações e métodos contraceptivos, como a falta de recursos, longas esperas por consultas e ausência de acompanhamento contínuo nas unidades de saúde públicas. A precariedade do sistema público de saúde na Maré e o tabu social em torno da sexualidade são determinantes nesse contexto, especialmente entre adolescentes e jovens que frequentemente se deparam com a gravidez sem o suporte necessário aos seus projetos de vida, inclusive o planejamento reprodutivo.

A Pesquisa Nacional do Aborto de 2021 afirma que duas em cada três mulheres grávidas (66%) não planejaram essa gestação (Diniz *et al*, 2023). Embora a noção de planejar uma gravidez seja por si só problemática porque projeta uma noção utilitarista e racional de indivíduo; a noção oposta, de descontrole sobre a reprodução, produz, por seu lado, uma acusação frequentemente dirigida às moradoras de favelas e periferias: a falta de racionalidade. Nem uma coisa nem outra nos ajuda a pensar sobre as gestações que chegam, como diz a entrevistada, no acaso da vida. O primeiro filho que "vem por acaso" é o símbolo do exercício da sexualidade em contexto de injustiça reprodutiva. Quando direitos sexuais e direitos reprodutivos não são vivenciados como direitos humanos de fato, a consequência é ter a vida, desde muito cedo, invadida pelos acasos.

As gestações narradas na fase qualitativa da pesquisa ocorreram, em grande parte dos casos, quando as mulheres procuravam serviços contraceptivos e não encontravam; quando tentavam, muitas vezes sem assistência médica, encontrar um método ao qual melhor se adaptassem; ou quando estavam usando algum método que falhou, sendo a pílula e os injetáveis os mais citados. Muitas tinham dúvidas sobre se, e como, condições prévias de saúde, como diabetes e problemas hormonais, interações medicamentosas e outros fatores, poderiam reduzir a eficácia contraceptiva dos métodos. Mas houve poucos relatos de desconhecimento total sobre contracepção. Em geral, esses relatos vieram de mulheres com mais de 40 anos que engravidaram na adolescência. Uma interlocutora de 44 anos, branca, que engravidou aos 14 e 15 anos, disse:

"Eu venho daquela criação onde você é aquela menininha de casa. Eu não sabia nem o que era a camisinha. Eu era muito nova. Minha mãe era aquela nordestina de passar peixeira no chão, que mal tinha instrução. E eu engravidei com meu primeiro namorado."

Embora a maioria das gestações relatadas ocorra de forma não planejada, algumas interlocutoras mencionaram ter planejado ao menos uma de suas gestações. Em todos os casos, essas gestações planejadas ocorreram quando elas tinham 20 anos de idade ou mais, e estavam em relações conjugais estáveis. Em alguns casos, essas gravidezes se deram vários anos após uma ou mais gestações inesperadas.

Rose, moradora de 37 anos, parda, com ensino médio incompleto, teve suas três primeiras filhas entre 14 e 19 anos de idade; gestações que, em suas palavras, "foram acontecendo", num momento em que ela "não sabia nada" sobre como "se prevenir" e "se cuidar". Aos 35 anos, com as filhas "já criadas", em um contexto de maior estabilidade conjugal, emocional e financeira, e com maior conhecimento

e controle sobre sua capacidade reprodutiva, engravidou de sua quarta filha: "essa sim eu planejei, eu decidi que queria ter." Após usar anticoncepcional injetável por 14 anos, ela passou por um processo de preparação para reativar a ovulação antes de conseguir engravidar novamente, isto é, teve acesso à assistência ginecológica e conceptiva para concretizar seu projeto de maternidade.

Tanto as experiências de gestações inesperadas quanto as planejadas reforçam que o exercício da autonomia reprodutiva está intrinsecamente ligado a condições estruturais, como segurança emocional, relacional e material, além do acesso à educação sexual e a serviços de saúde de qualidade. Esses fatores permitem que mulheres e pessoas com útero façam escolhas mais informadas sobre sua reprodução e recebam o apoio necessário para efetivá-las, seja para evitar ou para ter filhos.

Como já dissemos, foram recorrentes as queixas sobre a falta de sigilo e privacidade nas unidades básicas de saúde da Maré, em relação a dados sensíveis, como resultados de testes de ISTs e gravidez. Em casos de gestações indesejadas, a divulgação do resultado positivo, muitas vezes no meio do corredor, gerou constrangimento, exposição e medo. Os julgamentos morais por parte dos profissionais de saúde são comuns, seja para reprovar a gravidez de adolescentes ou de mulheres que já possuem outros filhos, seja para parabenizar as gestantes, presumindo que toda gravidez seria motivo de felicidade. Além disso, o registro imediato no SisPreNatal e a rápida visita da agente comunitária de saúde foram percebidos por muitas mulheres como formas de controle, invasão de privacidade e desrespeito ao tempo necessário para "processar" a notícia de uma gestação inesperada. Embora esses protocolos possam ser bem-recebidos por gestantes que desejam estar grávidas, são vistos como invasivos por aquelas que foram surpreendidas com a confirmação.

Uma das entrevistadas, preta, 24 anos, que está cursando ensino superior, compartilhou as angústias que enfrentou em sua experiência de gravidez aos 16 anos:

"Foi bem tenso, porque ninguém quer ficar grávida com 16 anos. E na época, eu estava estudando pro vestibular. O começo é aquela tensão de todo mundo falar: 'nossa, você acabou com a sua vida, nadou, nadou e morreu na praia'. Eu passei [para a universidade pública] com 17 anos. Mas aí, com 17 anos, na faculdade, eu também era mãe. Então, isso meio que tirou meu mérito de ter passado nova na faculdade, de ter sido a primeira pessoa da família a entrar na faculdade, porque 'você também é mãe'. Porque eu sempre fui muito estudiosa. Então, todas as expectativas da minha família eram em cima de mim. E aí, todo mundo que tinha essa expectativa ficou decepcionado. E eu também fiquei muito triste, por gerar essa decepção na minha família".

Apesar da desaprovação e do estigma, quando seu bebê nasceu, esta entrevistada teve o apoio da família para conseguir continuar fazendo faculdade, algo que nem sempre acontece. Houve interlocutoras que foram expulsas de casa ao engravidar na adolescência ou na juventude e enfrentaram julgamentos da vizinhança e o afastamento de amigos. Sobretudo, ao se depararem com gestações inesperadas, muitas mulheres enfrentaram o abandono dos parceiros. Aturdidas, estigmatizadas e às vezes sem suporte, algumas experimentaram sofrimento agudo e depressão pós-parto, atribuídos à dificuldade de "aceitar" a gravidez.

Esses relatos evidenciam como as gestações inesperadas, especialmente na adolescência, são acompanhadas por estigma social e podem levar ao abandono afetivo e falta de suporte familiar, o que agrava o sofrimento emocional das mulheres. O julgamento moral e a desvalorização das conquistas pessoais aumentam sua vulnerabilidade nesse momento. Ademais, a falta de

suporte adequado no sistema de saúde, tanto na ausência de privacidade quanto no tratamento desumanizado, intensifica o isolamento e a dificuldade em lidar com gestações inesperadas. Ainda assim, algumas encontram apoio da família e dos parceiros para retomar seus planos, revelando desigualdades no acolhimento e nas redes de suporte pessoais e institucionais disponíveis.

Pré-natal

A maioria das moradoras ouvidas acessou o pré-natal e, com base em seus relatos, percebemos que a qualidade deste serviço nas unidades de saúde da Maré apresenta uma grande variação. Algumas moradoras relataram pré-natais satisfatórios, mostrando que, em alguns casos, o sistema de saúde da Maré consegue garantir um suporte adequado às gestantes. No entanto, mesmo quando avaliaram positivamente os serviços, não foram incomuns as ocorrências de pré-eclâmpsia que só foram detectadas no momento do parto, revelando limitações no monitoramento das condições de saúde das gestantes durante o acompanhamento pré-natal.

Outras entrevistadas, por sua vez, denunciaram problemas estruturais e descaso durante o pré-natal, como demora no atendimento, falta de comunicação, tratamento impessoal e consultas desmarcadas sem aviso, o que levou algumas a perderem a confiança nas Clínicas da Família e procurarem acompanhamento em hospitais fora da Maré, algo que pode gerar interrupções e descontinuidades nos cuidados da gestante. **As moradoras ressaltam como esses obstáculos vulnerabilizam a elas e às suas famílias, pois os deslocamentos e esperas sempre demandam arranjos de cuidados dos filhos pequenos, o que implica em mobilizar pessoas para ficar com eles, levá-los consigo aos serviços ou mesmo deixá-los desacompanhados em casa, o que pode gerar grandes preocupações ou inviabilizar a ida à consulta.**

As mulheres que experimentaram pré-natais em diferentes unidades de saúde ressaltam a diferença entre os atendimentos nas Clínicas da Família e em maternidades fora da Maré. Uma interlocutora de 37 anos, parda, que teve os pré-natais de suas primeiras filhas na Clínica da Família, considerou o serviço "precário", pois não havia acompanhamento por médicos, somente por enfermeiros, e as consultas se limitavam à verificação de pressão, peso e medida da barriga, sem acesso a exames mais avançados. Ela pôde chegar a estas conclusões quando, mais recentemente, teve uma gestação de risco, e por isso precisou fazer o pré-natal em uma maternidade, onde teve acesso a exames detalhados e a uma equipe mais preparada, o que fez grande diferença no cuidado. Assim, embora algumas mulheres tenham boas experiências, ainda há muitos desafios a serem enfrentados nos serviços de pré-natal da Maré.

Partos

Nami, 24 anos, ensino médio completo e se identifica como indígena. Quando engravidou aos 20, foi abandonada pelo parceiro. Com 42 semanas de gestação, foi recusada na maternidade de referência, que estava em greve. Preocupada, voltou à Clínica da Família em que fez o pré-natal, onde apenas lhe disseram que ela precisava insistir novamente na maternidade. De volta, ela foi admitida temporariamente, enquanto aguardava transferência para outro hospital. "Por sorte", entrou em trabalho de parto e teve que ser internada lá mesmo. Depois de 17 horas de trabalho de parto, com menos de três centímetros de dilatação e sentindo muita dor, ela pediu à enfermeira para ser submetida a uma cesárea. A profissional respondeu que isso não poderia acontecer, porque poderia chegar alguém em situação de emergência, e a sala de cirurgia estaria ocupada por Nami. Além disso, havia poucos obstetras naquele dia. Nami disse: "Eu estou há 17 horas em trabalho de parto, vocês vão esperar eu virar uma emergência

para vocês fazerem a minha cesárea?". Pouco depois, chega a obstetra responsável, e Nami insiste: "faz cesárea, não tem como eu ter filho normal, não tenho passagem". Sua mãe, que a acompanhava e que teve todos os filhos por cesárea por "não ter passagem", reforçou o pedido da filha. A médica se virou para a senhora e disse: "quem estudou bem esse filho aqui?". A mãe de Nami se calou, por temer que a médica fizesse "alguma coisa" com sua filha. A médica então fez um exame cardiológico e constatou que a bebê estava em sofrimento fetal agudo. Correram com Nami para o centro cirúrgico e "arrancaram" sua filha em cinco minutos. A criança precisou ser reanimada e ficou entubada na UTI por vários dias. Hoje, com quatro anos de idade, a menina convive com as sequelas da negligência médica. Tem deficiência auditiva bilateral e graves problemas respiratórios que continuamente demandam tratamento na rede pública.

Mesmo quando tiveram experiências positivas no pré-natal, as moradoras da Maré enfrentaram desafios significativos no momento do nascimento de seus filhos. Informadas por experiências anteriores e relatos de mães, familiares e amigas, elas aprendem que a qualidade do atendimento e o desfecho do parto "dependem do plantão". Assim, se o momento do parto pode ser um motivo de expectativas promissoras, é também fonte de muita preocupação e medo.

Um dos principais problemas relatados foi a dificuldade de acesso às maternidades. Várias mulheres passaram por uma verdadeira peregrinação entre hospitais, sendo rejeitadas por várias unidades devido à falta de vagas. Esse problema é amplificado pela falta de articulação entre as Clínicas da Família onde realizaram o pré-natal e as maternidades, deixando a responsabilidade de conseguir a internação com as próprias gestantes. Uma vez admitidas, passaram por longos períodos à espera de um leito, em alguns casos só conseguem uma acomodação quando o bebê estava prestes a nascer.

Tanto nos partos normais como nas cesáreas, ouvimos muitas narrativas de violência obstétrica. Os termos "violência obstétrica" ou "violência" foram empregados por várias entrevistadas, seja para descrever seus partos recentes, como para reinterpretar suas experiências do passado. A penetração de tais noções entre as mulheres da Maré ilumina

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

- Peregrinação entre maternidades na hora do parto
- Longas horas em trabalho de parto sem acompanhamento médico
- Recusa em oferecer analgesia adequada
- Episiotomias e cesáreas desnecessárias
- Omissão de informações
- Falta de clareza na comunicação
- Induções realizadas sem consentimento
- Exames de toque agressivos durante o trabalho de parto
- Violência verbal
- Desqualificação das queixas de dor ou das preferências das gestantes
- Precariedade das condições para acompanhantes
- Acomodações insalubres
- Desrespeito à privacidade, com exames de toque realizados na frente de homens que acompanhavam outras gestantes

um importante processo de politização de suas experiências reprodutivas, em que poder nomear tais violações de direitos como "violência obstétrica" adquire relevância pessoal e coletiva. Elas conheceram o termo por meio de conversas com amigas que consideram "bem-informadas" e nas rodas de gestantes e puérperas que ocorrem regularmente na Maré, o que mostra a importância das redes de relações e de espaços coletivos para a elaboração das experiências de maternidade e do tratamento recebido nos serviços.

Os relatos de violência obstétrica mencionam: Uma das formas pelas quais a violência obstétrica se manifesta é a deslegitimação dos conhecimentos da gestante sobre seus corpos, como ocorreu com Nami, 24 anos, cuja história foi relatada acima. Nami e sua mãe sabiam que não haveria dilatação suficiente, um conhecimento corporificado, adquirido pelas experiências passadas de sucessivas cesáreas da mais velha e pelas respostas fisiológicas de Nami durante as 17 horas de trabalho de parto. Quando elas confrontaram a obstetra, o saber médico rapidamente revelou sua face de poder – quem "estudou" quem? – recorrendo a hierarquias de gênero, classe e raça para silenciar as mulheres no momento em que elas se percebem em risco de sofrer violência obstétrica.

Uma de nossas entrevistadas, uma moradora de 25 anos, parda afroindígena, com ensino médio incompleto, ao refletir sobre todo o seu percurso reprodutivo, descreveu uma série de dificuldades que enfrentou: a negação de consultas ginecológicas na Clínica da Família no início de sua vida sexual; a falta de assistência sobre métodos contraceptivos; uma longa espera para conseguir o DIU; uma gestação inesperada enquanto aguardava na fila; e múltiplos atos de violência obstétrica no momento do parto. Ela resumiu sua experiência de forma contundente: "*foi uma sequência de catástrofes*".

A noção de sequência é muito útil para descrever os problemas estruturais das políticas reprodutivas vivenciadas pelas mulheres periféricas. Cada lacuna e violação de direitos gera consequências que se agravam mutuamente e que continuam a ser negligenciadas pelas instituições, produzindo e reforçando desigualdades e injustiças ao longo de todo o percurso reprodutivo.

Nem todos os partos foram marcados por violências. Algumas entrevistadas descreveram partos tranquilos e com boa assistência em maternidades públicas. No entanto, essas experiências positivas são frequentemente atribuídas à "sorte" de encontrar uma equipe qualificada e empática, revelando a inconsistência nos serviços prestados.

Interessa-nos aqui também apontar para a maneira como as mulheres enfrentam as violências no pré-natal e no parto. Esse foi um aspecto interessante das entrevistas e rodas de conversa, pois a par de contar as violências, elas faziam questão de mostrar como enfrentavam esses episódios. Propomos uma classificação desses enfrentamentos: a possibilidade de ser vista como sujeita de

TIPOS DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CITADOS PELAS MORADORAS

Silêncio: estratégia para não sofrer represálias

Afirmativo: elas enumeram os direitos que têm e fazem saber ao profissional que têm informações sobre saúde sexual e reprodutiva;

Litigante: elas ameaçam entrar com processo na Justiça;

Ameaça: elas fazem um "barraco", dizem que vão "chamar o tráfico" ou, em alguns casos, apelam à agressão física;

Relacional: elas acionam pessoas conhecidas no serviço ou autoridades, como vereadoras.

direitos e de possuir algum domínio, mesmo que mínimo, sobre sua própria vida e seu corpo é um aspecto que se destaca nesses relatos de enfrentamento às violências e negligências perpetradas nas instituições de saúde. Sem querer romantizar essa dimensão de não conformismo das mulheres, compreendemos essas estratégias de enfrentamento como formas de subjetivação que constroem um campo de ação para as mulheres mareenses. Elas se percebem como agentes de suas trajetórias contraceptivas e conceptivas, mesmo que limitadas por uma série de fatores que elas não controlam.

Nesta seção, vimos que as experiências de gestações e partos na Maré são permeadas por desigualdades estruturais que limitam o acesso das mulheres a direitos básicos, como o planejamento reprodutivo e o parto humanizado. Ao entender as causas dessas limitações e as estratégias de resistência das mulheres, é possível avançar no debate sobre políticas públicas de saúde que respeitem a autonomia reprodutiva das moradoras da Maré e garantam um atendimento digno e igualitário.

6.5 "Foi um momento de muita vulnerabilidade": entre abortos e expectativas de maternidades

Segundo os dados colhidos na fase quantitativa da pesquisa, 1 em cada 6 mulheres moradoras da Maré fez ou terá feito ao menos um aborto aos 40 anos. Nesta seção nos aprofundaremos nas complexas vivências das mulheres da Maré em relação ao aborto, um tema permeado por múltiplas camadas de estigmas sociais, impedimentos legais e expectativas culturais sobre a maternidade.

Ao mobilizar moradoras para as entrevistas e rodas de conversas, convidamos algumas que, a partir de relações prévias, sabíamos terem realizado aborto. Mas, para a maioria das interlocutoras, não tínhamos qualquer informação sobre isso. Foi no desenrolar das conversas que os relatos de aborto, seus e de mulheres próximas, foram surgindo, nas frestas do estigma e riscos que cercam a prática.

A criminalização do aborto no Brasil impõe riscos à vida das mulheres que, por diversas razões, precisam interromper uma gestação, obrigando-as a recorrer a métodos majoritariamente inseguros. Os abortos relatados foram feitos com medicamentos: "Cytotec" ou "remédio" foram os nomes usados. O uso de medicação foi mencionado por 53% das mulheres que declararam ter feito aborto na fase quantitativa da pesquisa. Entre as interlocutoras da fase qualitativa, apenas uma mulher recorreu a uma clínica de aborto, há muitos anos, mostrando que as clínicas já não fazem parte do roteiro abortivo comum das mulheres. Finalmente, os métodos mais inseguros, como introdução de objetos no útero pela vagina e chás diversos foram relatados para referir-se a abortos feitos há mais tempo, como no caso de tias e avós, numa época em que medicamentos não estavam disponíveis.

Cytotec é o nome comercial do Misoprostol, substância que, em determinadas dosagens, provoca contrações no útero, capazes de expulsar o embrião ou feto, por meio de sangramento semelhante à menstruação e a abortos espontâneos. É utilizado no mundo inteiro para a interrupção de gravidez, inclusive nos países onde a prática é legalizada. É considerado pela OMS como um método abortivo seguro e eficaz que, no primeiro trimestre de gestação, pode ser administrado em casa e sem necessidade de hospitalização. No entanto, a criminalização do aborto e do próprio Misoprostol, cuja comercialização foi proibida em 1998 pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Assis e Erdman, 2023), acabam reduzindo sua eficácia e segurança.

As moradoras que compartilharam conosco suas experiências de aborto compraram Cytotec no mercado ilegal, a preços que chegaram a R$1.000,00 (mil reais), o que em alguns

casos gerou endividamento. A aquisição da medicação seguiu percursos que mencionam compras por WhatsApp, pela internet e em farmácias. Também houve relatos de golpes, em que o pagamento foi feito, mas os remédios nunca chegaram, e de aquisição de medicação falsificada. Embora a quantidade recomendada pela OMS para um aborto seguro seja de 12 comprimidos, nossas interlocutoras só conseguiram comprar duas, três ou quatro unidades. Nenhuma relatou ter recebido orientações precisas sobre o uso, funcionamento ou efeitos adversos do medicamento.

Os resultados da baixa dosagem administrada e da falta de informações foram complicações de saúde, desorientação e desespero. Houve relatos de abortos retidos ou incompletos e de hemorragia, que tornaram necessário buscar atendimento nos hospitais para fazer curetagens e evitar infecções. "*Quase morri*", disseram algumas interlocutoras. O acolhimento pós-aborto nos serviços de saúde é, em geral, ruim, marcado por frieza, negligência e maus tratos. Só houve uma narrativa onde a mulher, uma jovem parda de 22 anos, foi atendida com respeito e dignidade pelo serviço, localizado fora da cidade do Rio de Janeiro. Houve também casos de medicamentos que não surtiram efeito, e o aborto não aconteceu. São histórias de insalubridade, risco e medo, que poderiam ter sido evitadas caso o aborto fosse tratado por regulações de saúde, em vez da legislação penal. É importante enfatizar que o Cytotec não é inseguro; é a criminalização do aborto e do medicamento que produz condições inseguras de uso.

Não por acaso, a interlocutora que há muitos anos fez aborto em clínica foi a única que relatou ter tido uma experiência tranquila e segura: "*Realmente, para quem pode pagar [é seguro], eu não tive problema nenhum*", refletiu.

Quando falavam sobre seus abortos ou sobre os abortos de mulheres próximas, as interlocutoras sentiam a necessidade de explicar as razões pelas quais o fizeram. A falta de condições financeiras foi um dos principais motivos citados. São mulheres que viviam em condições de fome e insegurança alimentar, dependiam economicamente de outras pessoas ou moravam nas casas das famílias de origem, onde já dividiam cômodos contíguos com irmãos e sobrinhos. O medo de não conseguir prover adequadamente para os filhos já nascidos também apareceu nesses relatos. As relações deterioradas com os companheiros, as experiências de abandono por parte dos parceiros em gestações anteriores ou durante a gravidez que foi interrompida, e a falta de redes de suporte também foram mencionadas: "não quero criar uma criança sozinha (de novo)", disseram algumas. Outras razões foram a falta de condições emocionais para gestar e maternar, o fato de já estarem satisfeitas com a quantidade de filhos que tinham e a priorização de outros projetos de vida naquele momento, como estudar.

A dimensão do segredo ainda faz parte dessas histórias. A decisão e o evento do aborto provocado são partilhados com poucas pessoas de confiança. Em algumas narrativas, a família e o namorado aparecem como apoio; em outras, há abandono e acusação por parte dos familiares e parceiros: "*foi um momento de muita vulnerabilidade*", disse uma moradora, que abortou sem o apoio de ninguém aos 22 anos.

A presença ou ausência de suporte é determinante no modo como as mulheres vivenciam o aborto. Algumas relatam alívio pela interrupção da gestação, como foi o caso de uma jovem de 22 anos, parda, que teve apoio do namorado em sua decisão e, apesar de ter tido complicações pós-aborto, foi bem atendida no hospital. Ela avalia ter tomado a melhor decisão para si, já que pôde continuar seus estudos e entrar numa faculdade pública. Outras, que passaram pelo aborto sem ter podido contar com qualquer suporte afetivo ou institucional, disseram sentir culpa, mesmo quando reconheciam que a decisão pelo aborto foi a

melhor ou a única possível, diante das condições adversas que enfrentavam. Conforme aponta uma importante pesquisa recente (Foster, 2021), ter suporte no aborto promove uma recuperação física e emocional saudável.

Essas diferentes emoções em relação ao aborto não são somente uma questão individual e subjetiva. É preciso também localizá-las no contexto social e político mais amplo no qual são experimentadas: um cenário em que o aborto é estigmatizado e criminalizado; em que as políticas reprodutivas não apoiam a interrupção da gestação; e que é marcado por profundas desigualdades que marginalizam moradoras de favelas, tanto em seus abortos como em suas maternidades. Nesse fosso social, legal e institucional, as mulheres são relegadas à própria sorte e só podem contar (ou não) com suas redes pessoais e recursos subjetivos. Neste contexto, quais repertórios emocionais estão disponíveis às mulheres e pessoas que abortam? Quais emoções e desejos podem ou não ser verbalizados quando se trata de aborto e maternidade?

No enlace dessas perguntas incômodas, recordamos os relatos de algumas interlocutoras que não fizeram aborto, disseram reprovar a prática, mas em algum momento das entrevistas, se permitiram enunciar que já desejaram ter abortado. Embora tenham desistido do aborto por não terem "coragem" ou por não encontrarem os meios, a simples admissão do desejo de abortar vem acompanhada de relatos de culpa e arrependimento. Por exemplo, uma moradora de 27 anos, ensino médio incompleto, preta, nos contou sobre como, na sua primeira gravidez, aos 18 anos, sentindo-se muito jovem e despreparada, chegou a agredir a própria barriga com socos e a beber excessivamente, na tentativa de provocar um aborto. Embora não tenha religião, disse ter se arrependido profundamente e pedido "muito perdão a Deus" por isso.

O sentimento de culpa é amplificado por relatos de abortos que quase levaram conhecidas à morte e pela internalização de discursos que condenam o aborto como um ato de infração moral. Assim, o arrependimento não surge apenas da decisão ou do desejo individual de abortar. Ele também é resultado da forma como essas escolhas são socialmente valoradas e das condições em que são concretizadas, criando uma economia moral de (auto)julgamento que sustenta o estigma do aborto. O estigma é reproduzido mesmo entre mulheres que, como a moradora acima, viveram na pele a falta de assistência em saúde, a falha dos contraceptivos, o abandono dos parceiros e dificuldades financeiras; isto é, mesmo quando conhecem as condições que levam muitas a interromper a gestação. Por outro lado, várias outras mulheres se disseram favoráveis ao direito de abortar em qualquer caso, ou ao menos em algumas circunstâncias, como nos casos permitidos por lei atualmente no país.

Ao falarem sobre suas razões para abortar ou cogitar um aborto, as moradoras também estão falando sobre as condições ideais em que a maternidade deve ser exercida. A relação com o parceiro, por exemplo, tem bastante peso nas decisões, seja a de interromper, como a de levar a gestação adiante. Assim, se as gestações são contadas como produtos de acasos, e não escolhas, a maternidade é narrada como algo que deveria seguir um roteiro correto: ser apoiada por companheiros e familiares, alcançar estabilidade financeira, terminar o ensino superior, atingir uma certa idade ou possuir disponibilidade emocional foram elencadas como condições adequadas para ter filhos ou mais filhos. Mais uma vez aqui, a ênfase é colocada na capacidade da mulher, como indivíduo, de ser mãe. Há pouca expectativa em relação aos parceiros ou ao Estado nesse aspecto.

Tais projetos de maternidade convivem com formas de maternar que muitas vezes se distanciam das condições consideradas ideais, demandando e produzindo diferentes arranjos de cuidado.

6.6 “Parece que você perde a sua autonomia”: maternidade e cuidado

Familiarização do cuidado e sobrecarga materna

Na Maré, a maternidade está intrinsecamente ligada ao apoio familiar e comunitário. A precariedade de políticas públicas, como creches, saneamento, transporte e segurança, aliada ao abandono ou negligência paternal, algo bastante frequente nos relatos que ouvimos, torna fundamental o apoio familiar. A rede de apoio das mulheres no cuidado de suas crianças é majoritariamente feminina, composta por suas mães, avós, tias, irmãs, filhas mais velhas, cunhadas, comadres e vizinhas. Poucos homens são mencionados, como pais (avôs das crianças) e cunhados (tios). Em todos os casos, a ajuda recebida é para o cuidado das crianças e não se estende ao trabalho doméstico. Além disso, as mulheres que são mães frequentemente também são as principais responsáveis pelo cuidado dos idosos, pessoas com deficiências e demais familiares que por qualquer razão necessitem de atenção.

Ainda que essas redes de apoio sejam fundamentais, as relações com elas nem sempre são fáceis. Não foram incomuns os relatos de moradoras que foram expulsas de casa quando engravidaram na adolescência ou que vivenciaram a deterioração das relações familiares no domicílio após a maternidade. Algumas mulheres que tinham mais de um filho precisaram entregar uma das crianças a um familiar para que pudessem trabalhar, em geral às avós paternas, uma decisão dolorosa, mas considerada necessária. Há casos em que a entrega para a avó é vista como uma oportunidade de a criança “sair da favela” e viver com mais segurança em outro bairro. Por outro lado, também houve casos em que a entrega temporária resultou mais tarde em disputas judiciais pela guarda das crianças, em que as avós paternas acusaram as mães de abandono dos filhos. Essa realidade revela a complexidade das redes de apoio, que, apesar de essenciais, muitas vezes geram conflitos e desafios que refletem a precariedade estrutural enfrentada pelas mulheres para satisfazer as necessidades de cuidado familiar.

Duas de nossas interlocutoras são mulheres que vivem ou viveram em situação de rua e de uso de drogas. Ambas são pretas e foram mães pela primeira vez durante a adolescência. Uma tem 33 anos, ensino médio incompleto e três filhos. A outra tem 49 anos, ensino fundamental incompleto, teve dois filhos e é também avó. Elas enfrentaram múltiplas camadas de vulnerabilidade, como a falta de moradia, a exposição à violência e o difícil acesso aos cuidados de saúde, o que tornou ainda mais complicada a tarefa de cuidar de si mesmas e de seus filhos. A manutenção de um vínculo constante com eles foi um desafio.

A mais nova teve seus filhos criados por sua mãe, também moradora da Maré. Diferentemente de outras mulheres em situação semelhante, ela não teve seu contato com os filhos impedido pela família ou pela justiça, pois sempre pôde ter acesso a eles na casa da mãe e exercer alguma forma de cuidado. A mais velha perdeu o contato com os filhos durante os muitos anos em que viveu na rua e teve sua saúde mental profundamente afetada por essa separação, exacerbada pelas condições de extrema vulnerabilidade. Mais tarde, ela foi encontrada por seu filho mais velho, já adulto. Com o apoio do Espaço Normal, tem conseguido melhorar suas condições de vida a partir da perspectiva da redução de danos e hoje vive em uma casa e tem contato com seus filhos e netos.

Esses relatos evidenciam a importância crucial da família no cuidado e na proteção, sobretudo em contextos de extrema vulnerabilidade, como o vivenciado por essas mulheres. O apoio familiar pode oferecer um ponto de ancoragem em meio à instabilidade, como no caso da mais jovem, que, apesar de sua situação, pôde manter algum vínculo com

seus filhos. No entanto, para além do papel da família, é fundamental destacar a relevância de uma rede de cuidado institucionalizada, como o Espaço Normal, que oferece suporte e acolhimento em momentos de maior fragilidade. A intervenção de espaços como esse possibilita não apenas a melhoria das condições de vida, mas também a reconstrução de laços afetivos e familiares, promovendo um processo de reintegração social e a ampliação das possibilidades de cuidado e recuperação para essas mulheres (Arouca e Anhorn, 2024).

A família é a principal base das redes de cuidado na Maré, mas outros atores também as integram. É bastante comum que as mães que trabalham fora paguem a outras mulheres para "tomar conta" das crianças, levá-las e buscá-las na escola. Se por um lado, isso é o que permite a manutenção do trabalho produtivo, por outro, tem grande impacto no orçamento domiciliar. Algumas interlocutoras também mencionaram a importância de Organizações da Sociedade Civil como espaços de cuidado. A oferta de cursos e práticas esportivas e artísticas para crianças e adolescentes, cestas básicas, serviços de atendimento psicossocial e jurídico, e atividades de formação e convivência para as próprias mulheres, são percebidos por elas como recursos de bem-estar pessoal e familiar.

A ausência de emprego formal é outra dificuldade enfrentada pelas moradoras. Muitas delas estão inseridas no mercado informal, o que significa que não têm renda estável ou acesso a direitos trabalhistas, como licença maternidade ou afastamento remunerado em caso de doença. Essa insegurança econômica e laboral afeta diretamente a capacidade dessas mulheres de cuidar de si mesmas e de suas famílias, perpetuando o ciclo de pobreza e exclusão social.

A infraestrutura precária do território – como a baixa qualidade e o alto custo do transporte público, o saneamento básico deficiente que, por vezes, gera inundações, a escassez de espaços de lazer e a violência armada – dificulta a circulação e o acesso a serviços de saúde e educação, criando barreiras ao trabalho de cuidado. A estrutura das próprias moradias, frequentemente pequenas, pouco ventiladas e com vários lances de escada, também é citada como obstáculo ao cuidado de crianças, idosos e pessoas com mobilidade limitada. As mulheres, já sobrecarregadas com o trabalho reprodutivo, têm que lidar com condições que tornam o cuidado ainda mais desafiador, o que impacta sua saúde física e mental.

Diante desse contexto, muitas vezes nossas interlocutoras se referiram à maternidade como uma experiência solitária, extenuante e que resultou em perda de autonomia individual. Vale reproduzir os depoimentos de duas interlocutoras sobre isso. Elas não contam com qualquer suporte dos pais de seus filhos, que não convivem com as crianças nem colaboram no seu sustento. Ambas têm o apoio eventual de familiares nos cuidados infantis e moram em casas cedidas por pessoas idosas da família, das quais, reciprocamente, elas são as principais cuidadoras:

"A gente, que é mãe solo, sabe o peso que é, e a solidão que é, porque a maternidade traz muita solidão. Quantas vezes eu ia pro banheiro, me trocava e começava a chorar, sabe? De exaustão. Eu costumo dizer assim: eu amo a minha filha, eu amo a minha filha de paixão. Mas eu odeio ser mãe, eu odeio ser mãe. Porque pesa, eu sei o peso disso, sabe? Às vezes, eu falo, eu queria ser pai. Porque o pai é quando pode. A mãe, não. A mãe tem que se virar e tem que fazer tudo. Ah, se tu tá no baile, 'cadê teu filho?', ninguém vai perguntar pro pai 'cadê teu filho?'", (moradora de 24 anos, indígena, mãe solo de uma criança de quatro anos, trabalhadora autônoma que realiza atividades remuneradas eventuais).

"*Eu sofri por essa coisa de não ter uma relevância social, assim, sabe? A minha vida está restrita a ser dona de casa. Eu queria ter*

um trabalho, ou estar estudando, algo que até consegui depois. E fazer coisas fora, e ter uma rede social, fora da família, da casa, sabe? Quando você é mãe de uma criança pequena (isso também é um dos motivos que eu não seria [mãe] de novo), você perde isso, você fica limitada. E aí, se você também chega num lugar com uma criança pequena, todo mundo te olha assim: 'nossa, mas a mãe veio com a criança para cá?' E aí, ninguém vai na sua casa te ver, e quando vai, é tipo assim, parece que você está doente, todo mundo falando 'Nossa, tadinha', com aquele olhar de pena. E parece que você está impossibilitada, incapacitada de fazer as coisas. Parece que você perde a sua autonomia, sabe? Sei lá, se você é mãe, parece que é um ser sagrado, que você não pode ir para uma festa, sair, dançar, que parece que tira tudo que você faz ali no dia a dia, exclui tudo". (Moradora de 24 anos, preta, mãe solo de uma criança de 7 anos, cursando ensino superior, sem atividade remunerada).

Esses depoimentos mostram que, embora as moradoras possam contar com redes de apoio familiares, a maternidade é muitas vezes vivida como uma experiência totalizante, solitária e sacrificial, raramente compartilhada com os homens. O ideal do sacrifício materno se reproduz por meio de um forte controle moral sobre a maternidade, um controle exercido tanto nas interações com a comunidade como com as instituições do Estado, como creches e Clínicas da Família. O controle se exerce por meio de acusações, segundo as quais a maternidade deve ser algo que exclui outras vivências pessoais, especialmente aquelas ligadas ao lazer e à sexualidade. A acusação de uma sexualidade feminina "irresponsável" (Fernandes, 2017) resulta, por exemplo, na estigmatização das mães que frequentam o baile funk, como relatou a moradora citada acima.

Outra maneira pela qual este controle moral se exerce é pelo entendimento comum da creche como um recurso legítimo para a mãe que trabalha fora, não como um direito da criança, nem das "donas de casa". Estas não deveriam "ocupar" uma vaga em creche pública, mas cuidar elas mesmas das crianças em tempo integral, opinião que algumas interlocutoras compartilham e que outras atribuem às gestoras de creches, como justificativa para a escassez de vagas. Através desses e outros dispositivos de controle, estabelece-se uma diferenciação moral entre as "mães de verdade", que se sacrificam por seus filhos, e aquelas que "deixam os filhos largados", reforçando uma lógica de acusação que coloca as moradoras sob constante vigilância e julgamento (Fernandes, 2017).

Mas mesmo para aquelas que são críticas a esta visão, há poucos recursos efetivos para escapar desta dualidade. **Em contextos de instabilidade financeira, abandono paterno e precariedade de políticas públicas que promovam a socialização do cuidado, as mulheres estarão inevitavelmente sobrecarregadas pela necessidade de equilibrar trabalho, cuidado e a pressão de criar filhos saudáveis em um ambiente de escassez e insegurança (Fernandes, 2017). A ausência de apoio institucional e a idealização do papel materno como sacrificial são reflexos de um sistema que prioriza a reprodução e o controle social, ao mesmo tempo em que negligencia o bem-estar e a autonomia das mulheres (Birman, 2007).**

Neste cenário, a violência urbana armada que afeta o território da Maré atravessa as experiências de maternidade de forma determinante. Ser mãe na Maré é se preocupar com a violência no bairro, seja pela presença de grupos civis armados, seja em virtude das frequentes operações policiais. Cuidar dos filhos e da família em contexto de violência e morte impacta nas formas de manutenção da vida, isto é, na maneira de exercer o cuidado do outro e de si (Jorge, 2023). Diante do medo de perder os filhos em situações de violência

urbana, o cuidado emerge para as mulheres como orientação moral e proteção contra os perigos da rua. Várias moradoras consideram que cuidar bem das crianças é mantê-las dentro de casa e nunca deixá-las desacompanhadas nas ruas da favela. Uma moradora, mãe de quatro filhas, expressou que, na favela, a maior preocupação das mães é "perder os filhos para o tráfico" ou ver as filhas se envolverem com homens "ligados ao crime": "*ter um filho que deu certo é ganhar na loteria*", disse.

Diante de tudo isso, não é de se estranhar que as mães da Maré se sintam exaustas e, ao mesmo tempo, assombradas pela culpa. Algumas admitem "descontar o estresse" nos filhos, algo que Fernandes (2017) percebe como uma ética de cuidado, que envolve tentativas desesperadas de proteger os filhos dos perigos da vida na favela, e se traduz em violência doméstica e um permanente estado de "nervosidade" materna. A culpa e a exaustão são vocalizadas por interlocutoras que revelaram estar sempre se questionando se estão "fazendo o suficiente" ou "fazendo o certo". Em alguns casos, expressaram orgulho por ser a mãe que é possível ser nesse contexto.

Assim, não raramente, o tema do cuidado enseja relatos de sofrimento mental, desde sentimentos de agressividade, ansiedade e solidão até transtornos obsessivos. A ideia de não estar conseguindo cuidar dos filhos ou dos parentes que necessitam de auxílio, dos maridos e de si mesmas abre espaço nos relatos para discursos sobre emoções como raiva, tristeza, frustração e impotência. Uma moradora de 37 anos, preta, mãe de três filhos, com ensino fundamental incompleto e sem atividade remunerada, desabafou: "*Tem horas que dá vontade de fugir de casa (...) agora eu sou uma ogra, qualquer coisa me irrita*". Foi bastante comum que ao final das conversas, as mulheres pedissem alguma orientação quanto à possibilidade de atendimento psicológico na Casa das Mulheres da Maré.

À vista disso, consideramos importante perguntar às nossas interlocutoras como elas cuidam de si ou se eram cuidadas por alguém, uma questão que gerou estranhamento para muitas delas e que fez emergir outros sentidos do cuidado em contextos periféricos.

Cuidado de si

Entender-se como pessoa que é ou foi cuidada por alguém é algo ausente das narrativas das mulheres entrevistadas. Grande parte delas não se enxerga como alguém que já foi cuidada; a maioria se vê como aquela que provê cuidado a outros. Algumas exceções se apresentam em relatos sobre a infância, em que elas aparecem como objeto de cuidado. Mas, aqui, algumas estabeleceram uma oposição entre cuidado material e cuidado afetivo.

Em suas experiências, são capazes de identificar esforços dos outros em prover financeiramente para que nada faltasse em casa, mas se ressentem da ausência de expressões de carinho e de afeto.

Quanto a cuidar de si, muitas enfatizaram que a falta de tempo livre as impede de olhar para si mesmas: "*acho que eu não me cuido, acho que eu não me cuido porque é correria. São os filhos da manhã para botar pra escola, correr para fazer comida, correr para trabalhar, correr para ir para médico, é complicado*", disse uma moradora de 40 anos, mãe de duas crianças. Algumas tiveram mesmo dificuldade de imaginar o que gostariam de fazer em seu tempo livre; outras disseram que gostam de "cozinhar", "lavar roupa" e pouco conseguem "ficar paradas". Por outro lado, mães que estavam sem trabalho remunerado, quando perguntadas o que gostariam de fazer no seu tempo livre, responderam que queriam trabalhar, ter um emprego.

Em ambos os casos, o tempo livre permanece fora do quadro da imaginação, seja porque as mulheres estão sobrecarregadas com traba-

lho reprodutivo e desacostumadas a cuidar de si, seja porque estão fora do mercado de trabalho formal, sem dinheiro para a subsistência básica, que dirá para o lazer.

No entanto, quando conseguem ter tempo livre, ou imaginar o que gostariam de fazer caso tivessem os meios, as moradoras elencam diferentes formas de cuidado de si:

O CUIDADO DE SI NA MARÉ
Para as moradoras, cuidar de si é:

Cuidar da saúde: fazer exercícios físicos, ir ao médico, fazer exames, cuidar da alimentação, buscar acompanhamento psicológico, exercitar formas de autocuidado emocional.

Cuidar da beleza: fazer cabelo, unhas, comprar maquiagem, perfume e roupas.

Ter lazer: passear em espaços abertos com a família, como a Vila Olímpica da Maré, a Quinta da Boa Vista e as praias; conhecer mais a cidade; ir ao pagode, samba, cinema, teatro, museu; tomar cerveja com amigas/os; jogar videogame; ler.

Descansar: ficar em casa, relaxar, curtir a própria companhia, ouvir música, ver filmes, dormir, fazer nada.

Estudar: voltar à escola, fazer faculdade, preparar-se para concursos.

Dedicar-se a atividades lúdicas: aprender a dançar ou tocar um instrumento musical.

Dedicar-se à espiritualidade.

As diferentes configurações das redes formais e informais de cuidados e os distintos momentos dos ciclos de vida das mulheres lhes permitem maior ou menor margem de agenciamento do tempo. Enquanto as mais jovens e mães estão tomadas pelo maternar, têm pouco tempo pra si e enfrentam cansaço e desafios diários para manter o trabalho reprodutivo, as três mulheres mais velhas (entre 49 e 59 anos de idade) com quem conversamos relataram viver momentos mais positivos.

Nenhuma delas vivia uma união conjugal no momento da pesquisa. Em uma fase da vida em que a gravidez não se coloca mais como possibilidade, essas mulheres nos trouxeram relatos sobre projetos de vida, trabalho, saúde e expectativas de futuro que se afastaram da imagem do envelhecimento ou da avó que se encarrega totalmente dos netos. Com mais tempo para si mesmas, o lazer e a paquera ganharam espaço na rotina. Mesmo com limitações de saúde presentes para todas elas, além da necessidade constante de se manterem trabalhando fora, suas narrativas eram mais positivas e confiantes a respeito de si. Sabemos que esses relatos não podem ser generalizados para as mulheres com mais de 50 anos da Maré. Na experiência de trabalho com essa faixa etária, em que as avós desempenham um papel fundamental no cuidado da família, esses relatos aparecem como exceções. Ainda assim, consideramos importante mencioná-los aqui, porque apontam para outras possibilidades de se experimentar a vida quando o trabalho de cuidado ocupa menos espaço nas rotinas das mulheres.

7

CONCLUSÕES

A pesquisa “Saúde sexual e reprodutiva na Maré” é a primeira experiência de investigação quanti e qualitativa das injustiças reprodutivas em território de favela, a partir de uma metodologia territorialmente extensiva e um escopo de análise em profundidade. Em sua fase quantitativa, contou com a parceria da Anis - Instituto de Bioética para transferência metodológica da Pesquisa Nacional do Aborto, e com o IPEC - Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica para a coleta de dados. A pesquisa traz uma contribuição inédita para o conhecimento sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva no Brasil e América Latina, captura especificidades e, ao mesmo tempo, desmistifica estigmas sobre a vida sexual e reprodutiva de mulheres vulnerabilizadas por sua condição racial e periférica. Em vez de “descuidadas” quanto ao planejamento reprodutivo, identificamos que estas mulheres passam por negligências graves no campo da saúde integral, desde os anos iniciais de suas vidas sexuais até o fim de seus ciclos reprodutivos, ainda que tenham direitos garantidos por lei.

Apresentamos abaixo os principais achados da pesquisa:

- As mulheres da Maré têm em média 2 filhos, número próximo da média nacional, o que permite questionar a noção comum de que mulheres periféricas “têm filhos demais”.
- Até os 40 anos de idade, 1 em cada 6 moradoras da Maré fez ou terá feito ao menos um aborto, incidência maior que a nacional, que é de 1 em cada 7 (Diniz *et al*, 2023).
- 8 em cada 10 mulheres que já fizeram aborto na Maré têm filhos (79%).
- A mulher que faz aborto na Maré é a mulher comum. O aborto é um fenômeno reprodutivo distribuído em todas as faixas etárias, entre mulheres de todas as religiões, cor/raça e escolaridade.
- Mais da metade das mulheres que abortaram na Maré (53%) fizeram uso de remédio.
- 4 em cada 10 mulheres da Maré (39%) que abortaram foram hospitalizadas para finalizar um aborto.
- 4 em cada 10 moradoras (44%) já deixaram de ir a uma unidade básica de saúde quando desejaram ter ido. As principais razões apontadas são falta de tempo (19%), conflito armado na região (13%) e falta de confiança nos serviços (11%).
- As moradoras da Maré enfrentam múltiplos obstáculos no acesso aos serviços de saúde, como: falta de tempo associada à jornada dupla de trabalho, falta de articulação em rede entre unidades de saúde, falta de atendimento especializado em saúde mental

na Maré, longa espera, falta de remédios e mau atendimento nas unidades do território, entre outros.

Nos cuidados ginecológicos e contraceptivos, algumas das barreiras identificadas foram: falta de educação sexual nas escolas; impedimentos do próprio SUS que afastam sobretudo as jovens de consultas ginecológicas e de orientação em contracepção, limitações de oferta de métodos contraceptivos, falta de insumos e baixa qualidade do atendimento público, dificuldades financeiras, falta de privacidade e sigilo médico, responsabilização e julgamento moral das mulheres por falhas na contracepção, falta de profissionais capacitados para a colocação de métodos de longa duração e resistência dos homens em se corresponsabilizar pela contracepção e saúde sexual.

Tais barreiras frequentemente resultam em gestações inesperadas, que, diante da precariedade das políticas de cuidado que possam apoiar as mulheres, afetam seu bem-estar e saúde, e de suas famílias. Os obstáculos encontrados geram desdobramentos em sequência, que se agravam mutuamente e que continuam a ser negligenciados pelas instituições, produzindo e reforçando desigualdades e injustiças ao longo de todo o percurso reprodutivo.

Tanto as experiências de gestações inesperadas quanto as planejadas reforçam que o exercício da autonomia reprodutiva está intrinsecamente ligado a condições estruturais, como segurança emocional, relacional e material, além do acesso à educação sexual e a serviços de saúde de qualidade.

A violência obstétrica é uma realidade presente nas vidas das mulheres da Maré. Os relatos incluem: peregrinação entre maternidades na hora do parto, recusa em oferecer analgesia adequada, exames de toque agressivos durante o trabalho de parto, violência verbal e desqualificação das queixas de dor ou das preferências das gestantes.

Em um contexto de instabilidade financeira, abandono paterno e precariedade de políticas públicas que promovam a socialização do cuidado, as moradoras são sobrecarregadas pela necessidade de equilibrar trabalho, cuidado e a pressão de criar filhos saudáveis em um ambiente de escassez e insegurança.

Assim, uma série de barreiras estruturais e sistêmicas de acesso a direitos, seja por déficits e lacunas de políticas públicas em saúde, seja por determinantes culturais, socioeconômicos, normativos e patriarcais, produzem e reproduzem injustiça reprodutiva na Maré. Nesse terreno, são exercidas diversas formas de gestão da reprodução que caminham entre desejar um método contraceptivo e ter que se contentar com o que é ofertado pelos serviços de saúde nos territórios; diversas formas de maternar, precarizadas pela negligência e violência do Estado e pela falta de apoio dos homens; distintas maneiras de viver o cuidado, mesmo que ele apareça a princípio como algo que as mulheres ofertam aos outros mais do que recebem; e caminhos difíceis para se chegar ao aborto, cercados de interdições e riscos.

A contribuição da pesquisa também envolve um novo entendimento para se pensar como realidades locais, neste caso, específicas ao conjunto de favelas da Maré, refletem padrões globais de exclusão, discriminação, racismo e violências baseadas em gênero em sentido amplo. Se por um lado a luta por Justiça Reprodutiva é uma pauta de todas as mulheres, e as questões do contexto local interferem inevitavelmente nas experiências de algumas destas, está claro, também, que estamos diante de um problema muito mais amplo, no qual mulheres marginalizadas globalmente são submetidas a uma carga desigual de injustiça reprodutiva que se intersecciona com a injustiça racial, urbana e social.

A produção de dados locais e específicos, como os encontrados no Complexo da Maré,

é essencial para desafiar esses padrões. Esse tipo de conhecimento pode ser utilizado para a formulação de políticas públicas mais inclusivas e eficazes, que não apenas considerem as necessidades reprodutivas dessas mulheres, mas que também sejam desenvolvidas em diálogo com suas vivências e demandas. Além de servir como base para a criação de políticas públicas mais eficazes, a pesquisa tem o potencial de subsidiar debates comunitários que envolvam, por exemplo, moradoras, estudantes e profissionais de saúde, educação e assistência que atuam no território.

Politizar a saúde sexual e reprodutiva é fundamental para que não seja tratada de forma individual, isolada das condições socioeconômicas, raciais e territoriais em que é experimentada. O acesso à informação e a cuidados de saúde de qualidade são direitos fundamentais que devem ser garantidos de forma equitativa, e estudos como este são uma ferramenta essencial para que isso ocorra.

Por fim, por sua premissa interventiva, para além de analítica, a pesquisa se propõe a contribuir para transformar a realidade de injustiças que identificou, explorando com as próprias participantes caminhos para seus enfrentamentos baseados em evidências. A seguir, elencamos as principais recomendações à agenda de políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva que os dados da pesquisa sugerem.

8

RECOMENDAÇÕES À AGENDA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para a Execução de Políticas Setoriais:

1. Garantir a equidade na qualidade do atendimento e na disponibilidade de recursos, para a promoção de distribuição equitativa de investimentos e de infraestrutura de saúde para as unidades de saúde da Maré, tal qual ocorre em outros bairros da cidade.

2. Oferecer treinamentos regulares para profissionais de saúde sobre direitos sexuais e reprodutivos, diversidade sexual e de gênero, violência obstétrica, saúde integral da mulher e atendimento sem preconceitos ou julgamentos.

3. Implantação de Hospital Maternidade que integre a Rede de Atenção materno-infantil e ginecológica no território da Maré, de modo a garantir a integralidade na linha de cuidado, visando à ampliação e qualificação do acesso humanizado das pessoas que gestam à assistência hospitalar especializada.

4. Criar programa para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres de favelas e periferias, que conecte equipes multiprofissionais da saúde em rede ampliada e integrada, preveja o compartilhamento de prontuários eletrônicos e facilite encaminhamentos e acompanhamentos das pacientes.

5. Criar centros especializados em saúde sexual e reprodutiva na Maré, além de instituir políticas transversais dentro das unidades de atenção básica já existentes, para a oferta de serviços voltados para o planejamento reprodutivo, atendimento pré-natal, cuidado pós-parto e assistência nos casos de abortamento, com profissionais capacitados e atendimento humanizado.

6. Desenvolver políticas de enfrentamento às barreiras financeiras e sociais que promovam acesso integral e gratuito a todos os métodos contraceptivos nas unidades de saúde da Maré.

7. Desenvolver políticas de saúde que considerem as diversas fases da vida sexual e reprodutiva das mulheres, indo além da lógica materno-infantil, e incluindo cuidados voltados à menopausa, saúde sexual na adolescência e prevenção de ISTs.

8. Garantir políticas de saúde sexual e reprodutiva para a população LGBTQIA+, com serviços especializados para pessoas trans e não-binárias.

9. Instituir programas continuados de capacitação de profissionais para atendimento inclusivo e respeitoso de pessoas LGBTQIA+, garantindo o uso de nomes sociais, pronomes corretos e a atenção às especificidades de saúde de mulheres lésbicas e pessoas trans.

10. Expandir o número de vagas em creches públicas de qualidade e garantir o acesso prioritário a filhos de mães em situação de vulnerabilidade social.

11. Estabelecer políticas de incentivo à independência e segurança financeira, criação de programas de capacitação profissional e acesso a linhas de microcrédito para mulheres da Maré.

12. Desenvolver campanhas e programas de redistribuição do cuidado e promoção de igualdade de gênero no cuidado familiar, que incentivem a participação dos homens nas responsabilidades domésticas e de cuidado.

Para a Gestão da Atenção Primária em Saúde:

13. Criar protocolos institucionais de atendimento nas unidades de saúde da Maré, visando reduzir falhas operacionais, burocracia desnecessária e garantir um atendimento mais ágil e eficiente para as mulheres.

14. Promover capacitação continuada para os profissionais de saúde sobre boas práticas nos atendimentos de ginecologia e obstetrícia, planejamento reprodutivo e não reprodutivo, abortamento, nascimento, aleitamento e puerpério, de modo a assegurar integralmente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e pessoas que gestam atendidas nas unidades de saúde da Maré.

15. Ampliar os horários de funcionamento das unidades de saúde da Maré, para horários noturnos e finais de semana, permitindo que mulheres possam encontrar atendimento fora de suas longas jornadas de trabalho.

16. Expandir a oferta de métodos contraceptivos variados nas unidades de saúde, com distribuição gratuita e de fácil acesso, a partir da primeira consulta ginecológica, sem limitar o acesso apenas às mulheres grávidas ou após os 25 anos.

17. Garantir que as mulheres continuem recebendo cuidados ginecológicos regulares após o período puerperal, evitando que sejam negligenciadas após o término do acompanhamento maternal.

18. Criar mecanismos, protocolos e indicadores oficiais para produção de conhecimento sobre a Maré, a partir do atendimento em saúde, através da coleta sistemática de dados sobre mulheres em idade reprodutiva, mortalidade e morbidade no ciclo gravídico-puerperal, gravidez infantil, partos e abortos.

19. Criar campanhas educativas que combatam os tabus sociais em torno da sexualidade feminina, dos direitos reprodutivos e da contracepção, promovendo a importância do acompanhamento ginecológico regular desde a adolescência e o direito das mulheres de viver sua sexualidade de forma plena e segura.

20. Implementar políticas de criação e fortalecimento de redes de apoio social e emocional para mulheres da Maré, como grupos de apoio psicológico e de assistência social, para reduzir o impacto das assimetrias de gênero, vulnerabilidades e violências sexuais e reprodutivas.

Para Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário:

21. Fiscalizar e implementar mecanismos de monitoramento e avaliação contínuos da qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde da Maré, incluindo a opinião das usuárias e indicadores que possibilitem identificar falhas e agir rapidamente para corrigir problemas de atendimento, lacunas operacionais e burocracias desnecessárias.

22. Cobrar a devida implementação de programas de educação sexual no ensino público (e garantir sua implementação nas escolas da Maré), envolvendo tanto adolescentes quanto suas famílias, com foco na ampliação do conhecimento e debate sobre direitos sexuais e reprodutivos, prevenção e denúncia de abusos e violências sexuais, consentimento, prevenção de ISTs, métodos contraceptivos, diversidade de gênero e sexualidade.

23. Fortalecer e reformar protocolos relacionados às garantias de sigilo nos atendimentos de saúde, garantindo que suas informações pessoais e dados sensíveis não sejam compartilhados com terceiros sem consentimento.

24. Criar mecanismos de denúncia e enfrentamento das violências nas unidades de saúde, com protocolos claros para acolhimento das vítimas e incidência nas práticas profissionais violadoras.

25. Garantir o direito de escolha sobre a reprodução, incluindo o acesso ao aborto seguro, à esterilização voluntária e ao planejamento reprodutivo, sem imposições morais, de cunho religioso ou burocracia excessiva.

26. Criar mecanismos e programas que reconheçam, valorizem e remunerem o trabalho de cuidado, de modo a reconhecer o seu valor econômico e social e oferecer às mulheres que desempenham esse papel uma forma de proteção social e financeira.

Para a Sociedade Civil:

27. Criar grupo ampliado de articulação composto por organizações da sociedade civil com atuação nas dimensões da justiça social, Justiça Reprodutiva, mulheres, favelas e periferias, com objetivo de mapeamento, sistematização e diagnóstico de dados de outros territórios favelados e periféricos, a partir da geração cidadã de dados.

28. Incentivar a criação de tecnologias digitais como, por exemplo, plataforma digital de participação cidadã direta para coletar dúvidas, mapear desafios e oferecer informações sobre Justiça Reprodutiva e aborto legal.

29. Elaborar relatórios para organismos internacionais, individualmente ou em rede, para informar e visibilizar a situação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres da Maré e outros territórios favelados e periféricos.

30. Participar de redes globais através de coalizões transnacionais entre organizações da sociedade civil que atuem nas mesmas dimensões temáticas de valorização da vida e direitos sexuais reprodutivos de grupos minorizados, a fim de se fazer um intercâmbio sobre boas práticas e estratégias que ampliem a visibilidade das questões territoriais em espaços de articulação internacionais.

31. Implementar a abordagem jurídica da litigância estratégica regular e contínua por meio de ações judiciais coletivas e/ou amicus curiae como caminho para criação de precedentes.

9

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi tecida a muitas mãos e vozes. Nossos mais especiais agradecimentos são para as moradoras e o morador da Maré, que toparam compartilhar conosco suas histórias de vida. Elas e ele, que aqui permanecem anônimas/o para assegurar a confidencialidade, foram essenciais não apenas como informantes, mas também como agentes que determinaram os caminhos desta pesquisa.

Agradecemos também às seguintes pessoas e organizações, pelas diferentes formas de apoio e troca que permitiram a concretização deste trabalho:

Aidé García Hernández, Aline Araújo, Amanda Almeida Mudjalieb, Amanda Nunes, Amapola Rios, Ana Beatriz de Mello Giacomo, Ana Beatriz Oliveira Pires dos Santos, Ana Paula Sciamarella e toda a equipe do DIJURE (UNIRIO), Andrea Blum, Andrei Alves, Andressa Ferreira Gomes e toda a equipe do CAPSI Visconde de Sabugosa, Andrezza Paulo, Andréia Coutinho, Angela Cristina da Silva Santos, Angela Freitas, Antonia Carmem Costa de Sousa, Beatriz Lago, Beatriz Sá dos Reis, Bibiana Serpa, Bianca Cambiaghi, Carlos Marra, Carmin da Conceição Francisco Machado, Catalina León Amaya, Christofer Muniz, Cindy Machado Cardoso, Claudia Martínez, Daiana Azevedo da Silva, Dayana Christina Ramos de Souza Juliano, Dayana Zamorano, Denize Pereira, Diego Marcelino, Djanicy Conceição Ribeiro, Débora Diniz, Douglas Lopes, Edison E. C. Junior, Eduardo da Silva, Elaine Brandão, Eliana Sousa Silva, Eliane Laia Oliveira, Elisangela Rangel, Elivanda Canuto, Elma Rodrigues de Oliveira da Silva, Fabiana Lopes, Fabíola Oliveira, Fernanda Nielly Gomes de Lima, Fernanda Vieira, Fernanda Viana e toda a Casa Preta da Maré, Fernanda do Vale Santos, Frente Estadual Pela Descriminalização das Mulheres e Legalização do Aborto do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, Gabriela Bossoni Giannini, Gabriela Lino, Gabriela Rondon, Gabrielly Fernandes Dias Machado, Gilmara Cunha, Gracilene Firmino, Helena Edir Vicente, Ilana Grunbaum Ambrogi, Imarculada Gonçalves Firmino, Isabel Barbosa, Iula Tavares R. Pereira, Ivan Barbosa, Ivanise Barbosa, Josefa Cardoso Pereira, José Heitor Albino da Silva, Juliana Frazão Delgado, Juliana Leite, Juliana Moura Souza, Juliana de Almeida Santana, Katia do Nascimento Lopes, Kimberly Veiga e toda a Casa Resistências, Laise Maria da Silva, Laura Molinari, Layla Kelly de Souza Pereira, Leina Perez, Letícia Vella, Levi Germano, Lidia Zurbriggen, Lidiane Malanquini, Liliane Brum, Livia Santos Barros,

Lua Brainer Francisco da Silva, Luana Vieira da Silveira, Lucia Helena do Nascimento, Lucia Xavier, Luciana Boiteux, Luciana Brito, Luna Borges, Lusmarina Campos Garcia, Maria Eduarda Batista Nolasco Vargas, Mariah Sá Barreto Gama, Mariana Aleixo, Mariana Paris, Mariane Marçal, Marina Alves Coutinho, Marina Canesin Bittencourt, Maïra Gabriel Anhorn, Michele Nogueira Gandra, Midian Lena Pereir Pressato, Miriam Krensinger, Monica Castro, Monica Sacramento, Morgani Guzzo, Myllenne Nascimento Fortunato, Nara Menezes, Neesa Medina, Neilde Gomes Barcelos, Nubia Erineuba, Paula Guimarães, Paula Vianna, Priscila Barbosa, Priscila Fernandes, Pâmela Vieira Matos, Rafaela Viana, Raimunda Luciana Rodrigues Lopes, Ranni Maria Soares Correia, Rayanne Felix da Silva, Rebeca Mendes, Rebecca Lourindo, Rita de Cassia Macedo dos Santos, Rodrigo Pereira dos Santos, Rondio dos Santos, Rosana Ribeiro, Rosemberg do Rozario Miranda, Samara Alves do Nascimento, Sandra Ciqueira, Sandra Mazo, Sandra Solange Gomes Barbosa, Sarahi Baquero, Shyrlei Rosendo, Silvania da Costa Leal, Stefany Vital da Silva, Suellen Araujo, Tatiana Soares de Lima, Tatianny Araújo, Thereza Amanda Mourão E Freitas, Veronica Pires de Castro Pinheiro, Vitor Moreira, Viviane Carmem da Conceição Santos, Vânia Silva, Zélia Jesus da Silva.

10

REFERÊNCIAS

AFONSO DOS SANTOS, Milena. Maternidade negra interrompida: contribuições de mães de vítimas do genocídio antinegro para uma gramática contra-hegemônica de direitos humanos. 2023. 127 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

AGÊNCIA BRASIL. Aborto legal: falhas na rede de apoio penalizam meninas e mulheres. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-06/aborto-legal-falhas-na-rede-de-apoio-penalizam-meninas-e-mulheres. Acesso em: 27 set. 2024.

ALVES, Andrea Moraes. A trajetória do Centro de Pesquisa e Atenção Integrada à Mulher e à Criança (1975-1992). Século XXI, Revista de Ciências Sociais, v. 4, n. 2, p. 180-216, jul./dez. 2014.

ALVES, Ariana; RUI, Taniele. Gestionar y administrar la vulnerabilidad de las mujeres en situación de calle: vínculos entre género, trayectoria de calle, drogas e maternidades. Encuentros Latinoamericanos (Montevideo), v. VI, p. 118-136, 2022.

ANIS – Instituto de Bioética. Cartilha justiça reprodutiva para todes. 2024.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2024. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 18, 2024.

ARAUJO, Anna Bárbara; MONTICELLI, Thays; ACCIARI, Louisa. Trabalho doméstico e de cuidado: um campo de debate. Tempo Social, v. 33, 2021, p. 145-167.

ARAÚJO, Verônica Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos; SILVA, Vera Lucia Marques. “Eles vão certeiros nos nossos filhos”: adoecimentos e resistências de mães de vítimas de ação policial no Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 1327-1336, 2022.

AROUCA, Luna; ANHORN, Maïra Gabriel (Orgs.). Elas em Cena: experiências de mulheres em situação de rua e de redutoras de danos na Maré. Redes da Maré, 2024.

ASSIS, Mariana Prandini; ERDMAN, Joanna N.; RIBEIRO, Lívia Priscilla. Em nome da saúde pública: o misoprostol e a nova criminalização do aborto no Brasil. Revista Direito E Práxis, v. 15, n. 1, p. 1–36, 2023.

BATTHYÁNY, Karina. Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales. 2015.

BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e parto cirúrgicos: à espera de uma ação exemplar. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 366-381, 1993.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. “Direitos reprodutivos de mulheres e homens

face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária." Cadernos de Saúde Pública 19 (2003): S441-S453.

BIRMAN, Joel. Laços e desenlaces na contemporaneidade. Jornal de Psicanálise, v. 40, n. 72, 2007, p. 47-62.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres "vulneráveis". Horizontes Antropológicos, v. 27, n. 61, p. 47-84, 2021a.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 7, p. 2673-2682, 2021b.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1993. Disponível em: https://bit.ly/3asgedO.

CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. "Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?" Cadernos de Saúde Pública 36 suppl 1 (2020): e00188718.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. Sem data. Leis do aborto no mundo (mapa). Disponível em: https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/. Acesso em: 27 set. 2024.

CRIOLA. Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva: 2020-2021. Rio de Janeiro: Criola, 2021.

DAMASCENO, Ana Alice de Araújo; CARDOSO, Marly Augusto; MINA study working group. "Parturientes adolescentes em Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil: características socioeconômicas e obstétricas." Ciência & Saúde Coletiva 29: e02812023, 2024.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. "Pesquisa Nacional de Aborto." Revista Ciência e Saúde Coletiva 15 Supl 01: 959-966, 2010.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. "Pesquisa Nacional de Aborto 2016." Ciência & Saúde Coletiva 22: 653-660, 2017.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. "Pesquisa Nacional de Aborto - Brasil, 2021." Ciência & Saúde Coletiva 28: 1601-1606, 2023.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itineraries and methods of illegal abortions in five Brazilian state capitals. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, 2012.

FERNANDES, Camila. Figuras da causação: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de Estado. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

FISHER, Berenice; TRONTO, Joan. Toward a Feminist Theory of Caring. In: ABEL, Emily K.; NELSON, Margaret K. (eds.). Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives. Albany: State University of New York Press, 1990.

FOSTER, Diana Greene. The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having—or Being Denied—an Abortion. Simon and Schuster, 2021.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, p. 607-614, 2020.

FUSCO, Carmen L. B.; SILVA, Rebeca de Souza; ANDREONI, Solange. "Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil." Cadernos de Saúde Pública 28 (2012): 709-719.

GÊNERO & NÚMERO. Aborto inseguro afasta Brasil de meta da redução da mortalidade maternal. 2022. Disponível em: https://www.generonumero.media/reportagens/aborto-mortalidade-materna/. Acesso em: 3 out. 2024.

GÊNERO & NÚMERO. Brasil tem uma morte a cada 28 internações por falha na tentativa de aborto. 2023. Disponível em: https://encurtador.com.br/pkukD. Acesso em: 28 set. 2024.

GOES, Emmanuelle F. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional. 2018. 105f. Tese (Doutorado Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GUIMARÃES, Nadya Araujo. A "crise dos cuidados" e os cuidados na crise: refletindo a partir da experiência brasileira. Sociologia & Antropologia, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1-22, 2024.

IBGE. Censo 2010. Disponível em:< http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 3 out. 2024.

IBGE, 2019. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/24786-pesquisa-de-orcamentos-familiares-2.html. Acesso em: 3 out. 2024.

ITABORAÍ, Nathalie Reis. Temporalidades plurais: desigualdades de gênero e classe nos usos do tempo nas famílias brasileiras. In: Uso do tempo e gênero, 2016, p. 101-137.

JORGE, Andreza. Feminismos Favelados. 1. ed. São Paulo: Dandara Editora, 2020.

JORGE, Andreza. A morte. In: Pandemia Crítica 84. 2023. Disponível em: <https://issuu.com/n-1publications/docs/pandemia_cr_tica_84> Acesso em 7 de outubro de 2024

JULIANO, Dayana Christina Ramos de Souza. Movendo as Estruturas com as Mulheres da Maré. Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 13, Florianópolis, 2024.

KRENZINGER, Miriam; SILVA, Eliana Sousa; MCILWAINE, Cathy; HERITAGE, Paul (eds.). Dores que Libertam. Rio de Janeiro: Attis, 2018.

MCILWAINE, Cathy; KRENZINGER, Miriam; RIZZINI ANSARI, Moniza; EVANS, Yara; SILVA, Eliana Sousa. O Direito à Cidade de Mulheres: Uma análise sobre suas limitações a partir de violências infraestruturais de gênero contra brasileiras em Londres e na Maré, Rio de Janeiro. Revista de Direito da Cidade, v. 13, n. 2, p. 954-981, 2021.

MELO, Hildete Pereira de; CASTILHO, Marta. Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz? Revista de Economia Contemporânea, v. 13, 2009, p. 135-158.

MORAIS FERNANDES, Fábia Cheyenne Gomes de; SANTOS, Emelynne Gabrielly de Oliveira; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. "A idade da primeira gestação no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde". Journal of Human Growth and Development (Online), v. 29, p. 304-312, 2019.

MORGAN, Lynn M.; ROBERTS, Elizabeth F. S. Reproductive governance in Latin America. Anthropology & Medicine, v. 19, n. 2, p. 241-254, 2012.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BR. Resumo dos blocos de indicadores – Brasil 2022. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/painel-vigilancia-saude--materna/. Acesso em: 3 out. 2024.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BR. Sem data. Condições socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde. Disponível em: https://observatorioobstetricobr.org/condicoes-socioeconomicas-e-de-acesso-a-servicos-de-saude/. Acesso em: 3 out. 2024.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]. 2022. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf?sequence=1.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Abortion (fact sheet). 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion. Acesso em: 27 set. 2024.

REDES DA MARÉ. Censo Populacional da Maré. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2019. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/07/censomare-web--04mai.pdf.

REDES DA MARÉ. Maréas: Dossiê sobre Saúde Sexual e Reprodutiva 2023. Rio de Janeiro: Casa das Mulheres da Maré, Redes da Maré, 2024.

ROSS, Loretta J. Reproductive justice as intersectional feminist activism. Souls, v. 19, n. 3, p. 290, 2017.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges; SILVA, Geslaney Reis; NERY, Adriana Alves; FILHO, Ismar Eduardo Martins; VILELA, Alba Benemérita Alves. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. Revista de Atenção à Saúde, v. 17, n. 61, 2019.

SANTOS, Viviane Carmen da Conceição. Jovens Mulheres e um Ponto Final. Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero. 2024. Florianópolis.

SINGH, Susheela; REMEZ, Lisa; SEDGH, Gilda; KWOK, Lorraine; ONDA, Tsuyoshi. Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access. 2018.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. Ser Social, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

TRINDADE, Renata E.; SIQUEIRA, Bruna B.; PAULA, Thays F.; FELISBINO-MENDES, Marcela S. Uso de contracepção e desigualdades no planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, suplemento 2, p. 3493-3504, 2021.

UOL. ONU cobra Brasil por aborto legal após 12 mil meninas serem mães em 2023. Disponível em: https://encurtador.com.br/V47tZ. Acesso em: 27 set. 2024.

UHDE, Zuzana. Social bias within the institution of hired domestic care: Global interactions and migration. Civitas, Porto Alegre, v. 16, n. 4, 2016, p. 682-707.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva na Maré”, de responsabilidade de Julia Gonçalves Leal, pesquisadora e coordenadora da Casa das Mulheres da Redes da Maré. O objetivo desta pesquisa é conhecer as necessidades das moradoras da Maré e, com isso, ajudar a melhorar a qualidade dos serviços de saúde da mulher, pessoas trans e pessoas não binárias nas favelas. Para isso, vamos conversar com mulheres, pessoas trans e pessoas não binárias maiores de 18 anos da Maré.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração. Esta entrevista (ou grupo focal), durará em média duas horas, será gravada (somente áudio) e seu conteúdo poderá ser usado em publicações e relatórios acadêmicos. Sua identidade e privacidade serão preservadas, ou seja, seu nome, imagem ou qualquer outro dado que possa, de qualquer forma, te identificar será mantido em sigilo.

Nossa conversa é considerada sem riscos. Mas se você sentir qualquer desconforto ou algum sentimento que te impeça de continuar, poderá pedir para interromper ou retirar-se da entrevista a qualquer momento, sem precisar de justificativa. Sabemos que o compartilhamento de histórias íntimas pode gerar sentimentos difíceis de lidar. Se você quiser, poderá ser encaminhada à equipe de atendimento psicossocial da Casa das Mulheres, que irá te acolher e poderá também te encaminhar para serviços públicos.

Você poderá sempre entrar em contato com a coordenadora da pesquisa pelo e-mail, que são () ou julialeal@redesdamare.org.br.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU, _____,
RG OU CPF_____, declaro que fui orientada(o) quanto à natureza e o objetivo do estudo, manifesto meu livre consentimento em participar.

_____

Assinatura

Rio de Janeiro, ___ de _____de 2024

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUTURADA (FASE QUALITATIVA)

BLOCO 1

Dados sociodemográficos (FORMULÁRIO ELETRÔNICO)

Identidade de gênero:

Autoclassificação de cor, raça ou etnia:

Orientação sexual:

Idade:

Escolaridade:

Local de moradia:

Situação conjugal:

Religião:

Ocupação:

Renda familiar:

Número de moradores no domicílio:

Você é mãe? (considerar filhos adotivos/ de criação)

Se sim, quantos filhos você tem? Qual a idade de cada filho?

BLOCO 2

Saúde sexual e reprodutiva

- Você já foi a uma consulta ginecológica?
- Quando foi a última vez que você foi a uma consulta ginecológica?
- E onde foi essa consulta ginecológica? (SUS, atendimento particular/pago, plano de saúde)?
- Você costuma se sentir confortável e respeitada nessas consultas? Se não, o que causou desconforto?
- Considerando menstruação/menopausa, contraceptivos, gestação, hormônios, ginecologia, relação com profissionais da saúde e relações sexuais, você tem ou já teve alguma demanda relacionada à saúde?
- (Para quem não tem filhos) Você já engravidou?

BLOCO 3

Trajetórias reprodutivas e não reprodutivas

MATERNIDADE

- (Para quem tem filhos) Com quantos anos teve o primeiro filho? E o último?
- Conte-nos como foi/foram sua(s) experiência(s) de gravidez. Você planejou estar grávida? Como você se sentiu ao saber que estava grávida? E sua família? E seus parceiros? Houve diferença entre as gravidezes? O que as torna diferentes?

Você teve assistência em saúde durante a gestação e o parto? Como foi? [local, frequência de consultas de pré-natal, dificuldades de acesso, violência obstétrica...]

QUESTIONÁRIO PARA URNA SECRETA (FASE QUANTITATIVA)

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA FACE A FACE (FASE QUANTITATIVA)

CONTRACEPÇÃO e CONCEPÇÃO

(Para quem tem filhos)

- Neste seu percurso de gestações e partos, você usou ou tentou usar alguma forma de contracepção para evitar gravidez? O que? Funcionou? Como você teve acesso a essa forma de contracepção? Se não usou métodos, por quê não o fez?
- Você pôde escolher seu método contraceptivo? Tem/ teve facilidade de acesso?
- Deseja mais filhos? Por quê?
- Quais são as maiores dificuldades que você percebe para prevenir a gravidez?

(Para quem não tem filhos)

- Você já pensou ou pensa em ter filhos? Por que?
- (Se não pensa em ter filhos): Você já se sentiu cobrada por não ter filhos?
- (Se pensa em ter filhos): Em que momento [condições] gostaria? Já tentou? Como foi?
- Você usa ou usou alguma coisa para evitar gravidez? O que? Funcionou? Como você teve/tem acesso a esses métodos? Já tentou usar e não conseguiu? O que? Por que não conseguiu?
- Quais são as maiores dificuldades que você percebe para prevenir a gravidez?

ABORTO

- Você já interrompeu gravidez/fez aborto? Já tentou fazer? Se sim, quantas vezes? Quer falar um pouco sobre essa experiência e como se sentiu?
- [Se não fez aborto] Você faria um aborto?
- [Se fez aborto] Quantos anos você tinha (em cada um deles)?
- Qual método utilizou?
- Precisou de internação hospitalar? Como foi tratada?
- Quando vivenciou essa(s) situação(ões), você teve apoio? Se sim, de quem (família, amigos, rede de saúde)?
- O que pensa sobre a descriminalização do aborto? Você sabia que existem possibilidades de se fazer aborto permitidas por lei?

BLOCO 4

Trabalho reprodutivo e tempo livre

- Você faz algum tipo de trabalho remunerado? Qual? Regime de trabalho? [formal, informal, carteira assinada]
- Você é responsável pelo cuidado de outra pessoa? Quem?
- Quem é a maior responsável pelo seu sustento? E pelo da sua família?
- Conta com alguma pessoa que te ajude a cuidar? E nos cuidados da casa? [ajuda remunerada ou não]
- A pessoa de quem você cuida conta ou já contou com acesso à creche, escola, asilo, serviço de saúde, serviço de assistência e/ou projeto de ONG / caridade / igreja? Como funciona? [tipo de instituição, frequência de acesso, carga horária]
- Você ou a pessoa de quem cuida tem algum tipo de auxílio para cuidar dessa pessoa, como pensão alimentícia, benefício social e/ou ajuda financeira? Qual?

- O que é cuidado para você?
- Como você cuida de você?
- Por quem você se sente ou se sentiu cuidada?

***** ENCERRANDO *****

Chegamos ao fim da entrevista. Tem alguma coisa que não perguntei ou que você gostaria de falar? De tudo o que a gente falou, o que você acha que poderia ser feito para [melhorar a qualidade de saúde]?

Tem interesse em receber atendimento psicológico?

Dar informações sobre serviços da Casa e encaminhar para a equipe quando perceber ou quando ela relatar violência.

ROTEIRO DAS RODAS DE CONVERSAS (FASE QUALITATIVA)

Preparação

- Água, café, bolo e biscoitos
- Gravador de voz
- Quadro branco para registrar palavras-chave das participantes
- Caneta para quadro branco
- TCLE impressos (duas vias)
- Roteiro impresso
- Computador para registro de ideias e observações
- Caixa de lenços
- Cuidado de crianças

Recepção das participantes (20 min.)

- Explicação sobre a pesquisa e pedir para desligarem o celular, não fazerem registro
- Assinatura do TCLE
- Acordo de convivência: como vai funcionar (rodadas de perguntas, gravação), sigilo das informações, circular a palavra, respeito às diferentes experiências e opiniões, ficar à vontade para falar ou não sobre suas experiências.
- Apresentação das participantes

GRUPO 1:

Mulheres de 18 a 29 anos que já são mães, majoritariamente pretas e pardas.

Esse grupo espelha o resultado da PNA-Maré, são as mulheres que mais fazem aborto e é a faixa etária do nascimento do primeiro filho. Esse grupo poderá aportar mais relatos sobre decisões reprodutivas e não reprodutivas.

1. Saúde [18 min.]: Quando foi a última vez que você foi a uma consulta ginecológica? E onde foi essa consulta ginecológica? (SUS, Atendimento particular/pago, plano de saúde)? Como costuma se sentir nessas consultas?

2. Maternidade [18 min.]: Como foi/foram sua(s) experiência(s) de gravidez? Você planejou estar grávida? Como você se sentiu ao saber que estava grávida? E sua família? E seus parceiros? Houve diferença entre as gravidezes? Quais? Você teve assistência em saúde durante a gestação e o parto? Como foi? [local, frequência de consultas de pré-natal, dificuldades de acesso, violência obstétrica...] Engravidou, mas teve aborto espontâneo ou outra dificuldade? Deseja mais filhos? Por quê? Tem filhos de criação ou adotivos? Conte como foi/é esta experiência de maternidade. Como é ser mãe na Maré?
3. Contracepção [18 min.]: Neste seu percurso de gestações e partos, você usou ou tentou usar alguma forma de contracepção para evitar gravidez? O que? Funcionou? Como você teve acesso a essa forma de contracepção? Se não usou métodos, por quê? Quais são as maiores dificuldades que você percebe para prevenir a gravidez?
4. Aborto [18 min.]: Você já interrompeu gravidez/fez aborto ou conhece alguém que já abortou? Você já tentou abortar ou conhece alguém que tenha tentado? Conte como foi (quantas vezes, idade, método, desfecho, internação?, teve apoio?)
5. [Se houver tempo] Trabalho reprodutivo: Você faz algum tipo de trabalho remunerado? Qual? Regime de trabalho? [formal, informal, carteira assinada] Você é responsável pelo cuidado de outra pessoa? Quem? Conta com alguma pessoa que te ajude a cuidar? E nos cuidados da casa? [ajuda remunerada ou não]. A pessoa de quem você cuida conta ou já contou com acesso à creche, escola, asilo, serviço de saúde, serviço de assistência e/ou projeto de ONG/ caridade/ Igreja? Como funciona? [tipo de instituição, frequência de acesso, carga horária]

GRUPO 2:

Mulheres até 45 anos, mães, com diferentes níveis de escolaridade.

Poderemos explorar a vontade, adiamento ou a pressão pela maternidade, a experiência com contraceptivos e a criação de filhos pequenos diante das demandas de trabalho produtivo. Os níveis de escolaridade se justificam porque impactam na quantidade final de filhos.

1. Saúde [18 min.]: Quando foi a última vez que você foi a uma consulta ginecológica? E onde foi essa consulta ginecológica? (SUS, Atendimento particular/pago, plano de saúde)? Como costuma se sentir nessas consultas?
2. Maternidade [20 min.]: Quem tem filhos biológicos? Quem tem filhos de criação ou adotivos? Quem não tem filhos?
   [Para quem é mãe] Como foi/foram sua(s) experiência(s) de gravidez? Você planejou estar grávida? Como você se sentiu ao saber que estava grávida? E sua família? E seus parceiros? Houve diferença entre as gravidezes? Quais? Você teve assistência em saúde durante a gestação e o parto? Como foi? [local, frequência de consultas de pré-natal, dificuldades de acesso, violência obstétrica...] Deseja mais filhos? Por quê? Quem tem filhos de criação ou adotivos, conte como foi/é esta experiência de maternidade. Como é ser mãe na Maré?
   [Para quem não é mãe] Você já pensou ou pensa em ter filhos? (Se não pensa em ter filhos): Você já se sentiu cobrada por não ter filhos? (Se pensa em ter filhos): Em que momento [condições] gostaria? Já tentou? Como foi?
3. Contracepção [18 min.]: você usou ou tentou usar alguma forma de contracepção para evitar gravidez? O que? Funcionou? Como você teve acesso a essa forma de contracepção? Se não usou métodos, por quê?
4. Aborto [18 min.]: Você já interrompeu gravidez/fez aborto ou conhece alguém que já abortou? Você já tentou abortar ou conhece alguém que tenha tentado? Conte como foi (quantas vezes, idade, método, desfecho, internação, teve apoio?)

5. [Se houver tempo] Trabalho reprodutivo: Você faz algum tipo de trabalho remunerado? Qual? Regime de trabalho? [formal, informal, carteira assinada] Você é responsável pelo cuidado de outra pessoa? Quem? Conta com alguma pessoa que te ajude a cuidar? E nos cuidados da casa? [ajuda remunerada ou não]. A pessoa de quem você cuida conta ou já contou com acesso à creche, escola, asilo, serviço de saúde, serviço de assistência e/ ou projeto de ONG/ caridade/ igreja? Como funciona? [tipo de instituição, frequência de acesso, carga horária]

GRUPO 3:

Mulheres de 50+ anos, escolaridade (avaliar), mães e avós:

Esse grupo possibilita uma análise geracional dos temas, sobretudo o cuidado de si e de outras pessoas.

1. Saúde [18 min.]: Quando foi a última vez que você foi a uma consulta ginecológica? E onde foi essa consulta ginecológica? (SUS, Atendimento particular/pago, plano de saúde)? Como costuma se sentir nessas consultas? Experiência com menopausa
2. Maternidade [18 min.]: Como foi/foram sua(s) experiência(s) de gravidez? Você planejou estar grávida? Como você se sentiu ao saber que estava grávida? E sua família? E seus parceiros? Houve diferença entre as gravidezes? Quais? Você teve assistência em saúde durante a gestação e o parto? Como foi? [local, frequência de consultas de pré-natal, dificuldades de acesso, violência obstétrica...] Deseja mais filhos? Por quê? Tem filhos de criação ou adotivos? Conte como foi/é esta experiência de maternidade. Como é ser mãe/avó na Maré?
3. Aborto [18 min.]: Você já interrompeu gravidez/fez aborto ou conhece alguém que já abortou? Você já tentou abortar ou conhece alguém que tenha tentado? Conte como foi (quantas vezes, idade, método, desfecho, internação?, teve apoio?)
4. Trabalho reprodutivo [18 min.]: Você faz ou fez algum tipo de trabalho remunerado? Qual? Regime de trabalho? [formal, informal, carteira assinada] Você é responsável pelo cuidado de outra pessoa? Quem? Conta com alguma pessoa que te ajude a cuidar? E nos cuidados da casa? [ajuda remunerada ou não]. A pessoa de quem você cuida conta ou já contou com acesso à creche, escola, asilo, serviço de saúde, serviço de assistência e/ou projeto de ONG/ caridade/ Igreja? Como funciona? [tipo de instituição, frequência de acesso, carga horária]
5. [Se houver tempo] Contracepção: Laqueadura? Você usou ou tentou usar alguma forma de contracepção para evitar gravidez? O que? Funcionou? Como você teve acesso a essa forma de contracepção? Se não usou métodos, por quê? Como têm sido suas experiências com a menopausa?

ONDA VERDE

redes da maré

Casa das Mulheres da Maré

ONDA VERDE

DOE PELO SITE E SIGA AS NOSSAS REDES SOCIAIS!

www.redesdamare.org.br 21 99924-6462

redesdamare redesdamareoficial